

Univerzity Karlovy v Praze

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zuzana Skokanová

**Koncept všímavosti
a jeho využití v práci s dětmi**

**The Concept of Mindfulness
and Its Application to Work with Children**

Praha 2013

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková PhD.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat v první řadě vedoucí práce PhDr. Kataríně Lonekové PhD. za její vstřícnost a podporu, ale i cenné podněty, trpělivost a laskavost. Dále jsem nesmírně vděčná Mgr. Markovi Vrankovi za jeho rady a podporu při statistickém zpracování a PhDr. Janu Bendovi za inspirativní konzultace, rady i poskytnutí materiálů. Ráda bych zde uvedla i školy a jejich zástupce, bez kterých bych nemohla realizovat výzkum. Velmi tedy děkuji především žákům, učitelům a vedení ZŠ Na Slovance, ZŠ Zlíchov, ZŠ Profesora Zdeňka Matějčka v Mostě a Gymnáziu na Vítězné pláni, jmenovitě děkuji především RNDr. Martině Soukalové, PhDr. Haně Ajmové, PhDr. Heleně Hainové a Lucii Kozderkové za jejich ochotu a příjemnou spolupráci. Také chci poděkovat Markovi Hladíkovi, rodičům a přátelům za podporu, korektury a trpělivost, kterou se mnou v době psaní měli.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 31. 7. 2013

.....

Zuzana Skokanová

Abstrakt:

Práce shrnuje aktuální poznatky o všímavosti a v jejich kontextu představuje specifika a možnosti jejího využití v práci s dětmi a dospívajícími. Uvádí některé programy založené na všímavosti využívané v klinické i školní praxi a stručné zhodnocení studií, které sledují vliv těchto programů na různé aspekty psychického zdraví dítěte. Empirická část popisuje kvantitativní zkoumání míry všímavosti u dětí prostřednictvím Škály všímavosti a uvědomění (CAMM-17) a prezentuje porovnání dětí se syndromem ADHD a bez něj ve výzkumném souboru 180 dětí. Na základě Mann-Whitneyova U testu bylo zjištěno, že míra všímavosti se u dětí s ADHD významně neliší od intaktního vzorku. Statisticky významně výše skórovaly starší děti v porovnání s mladšími v souboru dětí s ADHD a stejně u skupiny s poruchami učení a v porovnání starších a mladších chlapců. Poslední část představuje návrh programu pro rozvíjení všímavosti u dětí s ADHD.

Klíčová slova:

ADHD, děti, programy založené na všímavosti, Škála všímavosti pro děti a dospívající, škola, všímavost, výzkum všímavosti

Abstract:

The thesis summarizes current findings about mindfulness and presents specifics of and the prospects for work with children and adolescents in that context. It addresses certain programs based on mindfulness used in clinical practice as well as in a school setting, along with a brief evaluation of studies that monitor the impact of these programs on various aspects of child mental health. The empirical part of the study describes quantitative research into the extent of mindfulness in children by way of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM-17) and a comparison group of children with ADHD and intact sample. On the basis of the Mann-Whitney U Test, it was found that the extent of mindfulness in ADHD children does not differ significantly from the intact sample. Statistically, older children scored significantly higher than younger children in ADHD sample as well as in the learning disabilities group and in comparison of older and younger boys. The last part presents a program proposal for cultivating mindfulness in children with ADHD.

Keywords:

ADHD, children, Child and Adolescent Mindfulness Measure, Mindfulness, mindfulness-based interventions, school, mindfulness research

OBSAH

Seznam použitých zkratk:	7
Úvod	8
I. Koncept všímavosti	10
1. Historický vývoj konceptu všímavosti	10
1.1. Buddhistické kořeny	10
1.2. Vší mavost v kontextu západní psychologie	12
1.3. Třetí vlna behaviorální terapie	13
2. Vší mavost a její definice	14
3. Vší mavost, pozornost a uvědomění	16
4. Rozvíjení všímavosti	18
5. Vývojový aspekt všímavosti	19
7. Využití všímavosti v psychoterapii	20
7.1. Přístupy založené na všímavosti	22
7.1.1. Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR)	22
7.1.2. Kognitivní terapie založená na tréninku všímavosti (MBCT)	23
7.1.3. Dialektická behaviorální psychoterapie (DBT)	23
7.1.4. Terapie přijetí a angažovanosti (ACT)	24
7.1.5. Satiterapie	24
6. Měření všímavosti	24
II. Vší mavost u dětí a dospívajících	30
8. Specifika využití všímavosti u dětí a dospívajících	31
9. Vší mavost v terapii dětí a dospívajících	33
9.1. Dialektická behaviorální psychoterapie pro dospívající (DBT-A)	33
9.2. Kognitivní terapie založená na všímavosti pro děti (MBCT-C)	34
10. Využití všímavosti ve výchově a vzdělání	34
10.1. Vší mavé vyučování (Mindful teaching)	35
11. Programy pro děti a dospívající ve světě	36
11.1. Inner Kids Program	36
11.2. Inner Resilience Program (IRP)	37
11.3. Learning to BREATHE: A Mindfulness Curriculum for Adolescents	37
11.4. Mindfulness in Schools	37
11.5. Mindful Schools	37
11.6. Mindfulness for Teenagers (IAM Youth Programs)	38
11.7. MindUP™	38
11.8. Sfat Hakeshev (The Mindful Language)	38
11.9. Still Quiet Place	39
11.10. Wellness Works in Schools™ od asociace Kinder Associates LLC	39
11.11. Stressed Teens	39
12. Využití Vší mavosti u dětí v České republice	39
12.1. Satiterapie u dětí	39
12.2. Vší mavost v podmínkách vzdělávání	40
13. Měření všímavosti u dětí	40
14. Studie programů pro děti a dospívající	41
14.1. Studie programů využitých v klinických podmínkách	41
14.1.1. Poruchy spánku a léčba nespavosti	41
14.1.2. Dospívající z psychiatrické kliniky a MBCT-T	42
14.1.3. Dospívající z klinik a MBSR	42
14.1.4. Dospívající s rizikem kardiovaskulární poruchy	43
14.2. Využití u zdravých dětí a v prostředí školy	43

14.2.1. Pilotní studie MBCT-C	43
14.2.2. Programy zaměřené na posílení emocionální a duševní pohody	44
14.2.2. Programy zaměřené na podporu učení	46
14.3. Programy pro pečující osoby	47
15. Shrnutí a zhodnocení programů	47
III. Porucha pozornosti s hyperaktivitou	48
16. Charakteristika poruchy pozornosti a aktivity	48
16.1. Definice ADHD	48
16.2. Projevy ADHD.....	50
16.2.1. Projevy ADHD z hlediska vývoje	50
16.3. ADHD v podmínkách českého školství	51
16.4. Prevalence	52
16.5. Komorbidita	52
16.6. Etiologie ADHD	53
16.6.1. Genetické faktory	53
16.6.2. Faktory prostředí	53
16.6.3. Psychosociální faktory	54
16.7. Neurospecifika ADHD	54
17. Diagnostika	55
18. Léčba a terapie	56
18.1. Medikace	56
18.3. Meditace a přístupy založené na všímavosti v léčbě ADHD	58
18.3.1. Meditace v léčbě ADHD	59
18.3.2. Možnosti využití všímavosti v práci s ADHD	60
III. Empirická část	64
17. Výzkumný projekt:	64
18. Výzkumné hypotézy:	65
19. Výzkumný vzorek:	66
20. Metody	70
20.1. Metoda pro měření všímavosti	70
20.1. Výběr metody	70
20.2. Dotazník CAMM	71
20. 3. Vývoj české verze dotazníku	73
20.4. Zjišťování psychického zdraví dítěte	77
20.5. Metody sběru dat	78
21. Zpracování dat	79
22. Analýza výsledků	80
22.1. Testování normálního rozložení	80
22.2. Korelace mezi proměnnými	81
22.3. Porovnání různých skupin ve výzkumném vzorku	82
22.3.2. Porovnání z hlediska poruchy pozornosti	83
22.3.3 Porovnání dětí hyperaktivních/impulzivních a dětí bez H/I	84
22.3.4. Porovnání dětí s poruchami učení a bez nich	85
23. Interpretace výsledků a diskuse	91
23.1. Návrh programu pro rozvíjení všímavosti u dětí s ADHD	95
Závěr	98
Použitá literatura	100
Přílohy	116

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:

ACT – Acceptance and commmitement therapy; Terapie přijetí a angažovanosti

ADHD – Attention deficit hyperactivity disorder; porucha pozornosti s hyperaktivitou

CAMM – Child and Adolescent Mindfulness Measure; Škála všímavosti a přijetí pro děti a dospívající

CAMM-25, CAMM-20, CAMM-17 – různé varianty dotazníku podle počtu položek, které je tvoří

DBT – Dialectical behavior therapy, Dialektická behaviorální terapie

DSM-IV-TR – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 4. revidované vydání

DYS – skupina ve výzkumném vzorku s poruchami učení

ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity

H/I – hyperaktivita/ impulzivita

HKP – hyperkinetická porucha

MAAS – Mindful Attention Awareness Scale

MBCT – Mindfulness-based cognitive therapy; Kognitivní terapie založená na všímavosti

MBSR – Mindfulness-based stress reduction; Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences – program pro statistické zpracování dat

ÚVOD

Všímavost je přirozená schopnost nezaujatě zaznamenávat prožívané psychické a tělesné fenomény tady a teď (Benda, 2007). Koncept všímavosti se v posledních letech stává předmětem velké řady výzkumů nejen v psychologii, ale i v oblastech kognitivní vědy, neurověd a v řadě dalších. Zdá se, že i západní věda začíná odhalovat a potvrzovat přínos, jaký může mít všímavost v běžném životě, klinické praxi i ve vzdělávání. Samotný koncept existuje již přes 2 500 let v rámci buddhistického eticko-psychologického systému, který je úzce vázán na pedagogickou a terapeutickou praxi (Frýba, 1991). Všímavost je důležitá schopnost, kterou je třeba rozvíjet, abychom překonali utrpení, a může vést až k dosažení štěstí (nibbána) (Benda, 2006). Tento přístup v mnohém inspiroval západní psychology a filozofy už od počátku minulého století, což vedlo k postupně větší popularizaci východních myšlenek a jejich postupnému prolnutí se západní terapeutickou praxí.

Současná věda se snaží všímavost uchopit skrze parametry operacionální definice, ale vzhledem k jejímu až prekonceptuálnímu charakteru hrozí riziko, že opomeneme nějakou složku, která byla v původním buddhistickém pojetí zohledňována. Určité řešení nabízí interdisciplinární přístup, který vychází z poznatků různých vědních oborů. Všímavost není jen pouhá pozornost nebo uvědomění, obě dvě složky jsou ale pro všímavé prožívání nepostradatelné a ovlivňují jeho kvalitu. Všímavost můžeme rozvíjet jak cestou formální, skrze praxi meditace, tak neformální v každodenních aktivitách a podle intenzity a času, které této kultivaci věnujeme, je možné dosáhnout posílení na úrovni pozornosti a všímavého uvědomění či určité pokročilé úrovně kontinuální všímavosti, která může při intenzivní praxi vést k dosažení většího vhledu. Nejen k získání vhledu, ale i k dalším pozitivním dopadům může přispívat všímavost v terapii. V současné době ji jako užitečný prostředek využívají nejen různé klasické terapeutické směry, ale i přístupy, o kterých hovoříme jako o třetí vlně behaviorální terapie, či původně český terapeutický směr Satiterapie. Mnohé studie se snaží sledovat efektivitu těchto programů a rozvíjejí se různé metody pro měření všímavosti, ke kterým je však zatím třeba přistupovat kriticky.

Pozitivní vliv, jaký může mít všímavost na duševní pohodu, zdraví a lepší fungování dospělých pacientů vedl odborníky i k jejímu využívání v práci s dětmi a dospívajícími. Existující terapeutické programy pro dospělé byly přizpůsobeny potřebám dítěte a využívají se nejen v klinické praxi, ale začínají se dostávat i do škol, vzdělávání a výchovy. Velmi užitečný pro psychické zdraví dítěte, jeho školní prospěch i sociální vztahy je všímavý přístup dospělých, kteří jsou s dětmi v kontaktu (učitelů, terapeutů, pečujících osob). Rozvíjet lze

ale i všímavost samotných dětí, prostřednictvím upravených formálních i neformálních technik. Za posledních sedm let proběhla řada studií, které sledovaly efekt programů založených na všímavosti na klinikách i ve školách. Uplatnění všímavosti je v klinické praxi široké, od dětských pacientů s depresí, s HIV nebo sebevražednými tendencemi až po intervenci a léčbu u dětí s poruchami pozornosti a hyperaktivitou. Porucha ADHD je v současné době velmi často diagnostikovanou poruchou u dětí, která se projevuje v celé řadě oblastí života dítěte a může mít negativní dopad nejen na jeho školní výsledky, ale i kvalitu vrstevnických a rodinných vztahů, zdraví a vlastního sebepojetí. Vedle medikace dnes rodiče i odborníci doporučují různé psychosociální a psychoterapeutické intervence, které pomáhají rodičům i dětem samotným zvládat a omezovat nevhodné chování. Přístupy založené na rozvíjení všímavosti se zdají být slibnou cestou, jak skrze trénink všímavé pozornosti, uvědomění a přijetí podporovat lepší seberegulaci a duševní pohodu dětí s ADHD.

Cílem této práce je přiblížit poznatky ze zahraniční i české literatury o přístupech založených na všímavosti, které lze aplikovat i v práci s dětmi. Představím některé programy, které byly aplikovány v klinických podmínkách i intervence prováděné ve školách. Zaměřím se především na to, v čem může být všímavost užitečná pro děti s ADHD. V empirické části budu sledovat, zda se míra všímavosti u dětí s ADHD liší od míry všímavosti u zdravých dětí. A na základě poznatků z teoretické části a s ohledem na výsledky výzkumu se pokusím navrhnout program pro rozvíjení všímavosti u dětí s ADHD.

„Jednoho dne procházel Buddha malou vesničkou, kde žili obyčejní farmáři. Jeden z nich k němu přistoupil a zeptal se: „Co vlastně během dne děláte?“ „Je to jednoduché,“ řekl Buddha. „Sedíme, procházíme se a jíme.“ „To děláme každý den,“ odpověděl vesničan. „Co vás činí tak výjimečným?“ „Když sedíme, víme, že sedíme. Když se procházíme, víme, že se procházíme. Když jíme, víme, že jíme, odpověděl Buddha.“

(Christopher Willard, p. 11)

I. KONCEPT VŠÍMAVOSTI

1. HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU VŠÍMAVOSTI

1.1. Buddhistické kořeny

Ačkoliv se zdá, že zájem o všímavost je moderní tendence, její kořeny sahají až k učení Siddhatthy Gotamy, který žil a učil v severovýchodní Indii v 5. století před naším letopočtem. Gotama, pro své dosažení osvícení později nazývaný Buddha, pátral po kořenech lidského utrpení a hledal prostředky, které by toto utrpení zmírnily a vedly ke štěstí a duchovní svobodě (Bodhi, 2011). Vlastní empirické a introspektivní zkušenosti zformuloval do systému abhidhammy, doslovně "vyšší učení" nebo "nauka nesená Dhammou" (Frýba, 1991). Dhamma, neboli jak uvádí Frýba (1991) "nosný princip", "zákon skutečnosti", "pravěda" či "pravda", byla v tehdejší indické kultuře racionálním věděním velmi vysoké úrovně. **Abhidhamma**, eticko-psychologický systém, který existuje již 2 500 let jako **podklad buddhistických technik kultivace mysli, meditace, psychohygieny a psychoterapie**, je považována za **prototyp asijských systémů psychologie**. Od západních koncepcí se liší především tím, že **je úzce vázána na pedagogickou a terapeutickou praxi**, je prostá hypotetických formulací psychických zákonitostí a popisuje a vysvětluje jen existující fenomény a jejich etické hodnocení (Frýba, 1991).

Jakousi osnovou Buddhova učení jsou tzv. **Čtyři vznešené pravdy**, které lze poznat na úrovni prožitku:

- ❖ **První pravda = prožité utrpení**
(skutečnost "Toto je utrpení")
- ❖ **Druhá pravda = analytické porozumění podmínkám jeho vzniku**
(skutečnost "Toto je vznik utrpení")
- ❖ **Třetí pravda = prožitky svobody**, jejichž nejvyšší formou je Nibbána
(skutečnost "Toto je zánik utrpení")

❖ **Čtvrtá pravda**= skutečně **dostupné možnosti odstraňování podmínek utrpení**
(skutečnost 'Toto je stezka, vedoucí k zániku utrpení')

(Frýba, 2008; Nyanaponika, 1995)

Cestou k osvobození od utrpení je takzvaná **Ušlechtilá osmidílná stezka**, která je členěna podle základní triády **prožívání – vědění – jednání**. Přestože se Buddhovo učení rozšířilo do různých oblastí a získalo podobu různých škol a forem, ústřední Ušlechtilá osmidílná stezka je ne sice uplatňována, ale alespoň uznávaná všemi. (Frýba, 2008). První dva díly stezky vedou k tréninku vědění, další tři tréninku etického jednání a poslední tři meditaci:

1. **Pravé porozumění**, chápající skutečnost jak je
2. **Pravé rozhodnutí** nečinít nic zlého
3. **Pravé mluvení**, prosté lží, štvání a urážek
4. **Pravé jednání** dle osobních etických principů
5. **Pravá životospráva**, která nikoho nepoškozuje
6. **Pravé úsilí** překonávat zlé a pěstovat dobré
7. **Pravá všímavost** dle metody satipatthána
8. **Pravé soustředění**, které osvobozuje mysl

(Frýba, 2008, p. 49)

Všímavost (*sati* v jazyce páli; v angličtině *mindfulness*) je zásadní kvalitou mysli, kterou je třeba rozvíjet na cestě k osvobození a je jednou z pěti klíčových schopností či kvalit mysli, kterých Abhidhamma rozlišuje celkem 22. Všímavost má zásadní postavení a ostatní čtyři kvality (důvěra, energie, soustředění a moudrost) koordinuje. Čtyři základy všímavosti, tedy předměty uvědomění jsou: nahlížení těla (*kájánupassaná*), nahlížení pocíťování (*védaná-anupassaná*), nahlížení stavů mysli (resp. vědomí; *čittánupassaná*) a nahlížení předmětů mysli (*dhammánupassaná*) (Frýba, 2008; Nyanaponika, 1995).

Pojem *sati*, v původním jazyce páli, znamená „paměť“ nebo „vzpomínka“. Buddha však používá toto slovo v novém kontextu. V některých původních překladech se objevuje spíše než „paměť“ pojem „zapamatování“, „znovuvybavení“ (Bodhi, 2011). Siegel, Germer a Olendzki (2009) vidí význam spíše než ve vztahu k pamatování na minulé události, v neustálém **upamatování** na to být vědomý a pozorný a vědomě se věnovat rozvíjení všímavosti (Siegel et al., 2009). Souvislost by se však dala spatřit i v tom, že jasné uvědomování přítomnosti napomáhá lepšímu zapamatování a později lepšímu znovuvybavení (Frýba, 2003). Je velmi zajímavé, že různí autoři (Bodhi, 2011; Dreyfus, 2011; Gethin, 2011) se shodnou na tom, že již pojem „*sati*“ stejně jako anglický překlad „*mindfulness*“ a český pojem „*všímavost*“ nevystihuje samotný obsah pojmu dostatečně přesně a výstižně a jsou spíše zástupným označením něčeho, co je slovně neuchopitelné. Edmund Husserl navrhl podobnou metodu,

pro kterou použil pojem Epoché, právě proto, aby se vyhnul používání slov jako všímavost, uvědomování, apod., které mohou mást (dle Benda, 2008). Podrobnější srovnání fenomenologické redukce a Abidhammy nabízí například Benda (2008).

Podle théravády je cestou k rozvíjení všímavosti především praxe meditace všímavosti a vhledu (satipatthána-vipassaná), metoda školení a cvičení mysli pro účely introspekce. Praxe probíhá velmi intenzivně, prakticky nepřetržitě po dobu týdnů až měsíců, kdy meditující pozoruje vlastní tělesné a mentální procesy a dospívá k poznání jejich pomíjivosti, neuspokojivosti a neosobní povahy a postupně se dostává až k překonání všech forem utrpení a k dosažení štěstí (nibbána) (Benda, 2006).

1. 2. Všíímavost v kontextu západní psychologie

Koncepce, které odpovídají všímavosti, se objevují i v práci západních autorů, často myslitelů, kteří se zabývali introspekci. Vedle Sigmunda Freuda, který podle Frýby (1993) popisuje tzv. „volně se vznášející pozornost“, to byl například Edmund Husserl, Wilhelm Dilthey, náš František Krejčí či psychiatr Arthur Deikman (Benda, 2007).

Benda (2007) uvádí, že zájem o meditaci a buddhistické myšlení začal na poli psychoanalýzy a dynamických směrů, poté se objevil v humanistické a transpersonální psychologii a nakonec v rámci kognitivně-behaviorální terapie.

Velmi trefně to popisuje známý citát tibetského učitele z 8. století Padmasambhavy, který pronesl, že „až vzlétnou železní ptáci, dharma přijde na západ“ (Germer, 2005). V rámci různých novodobých filozofií a náboženství začaly myšlenky buddhismu a východní filozofie pronikat do evropského myšlení ve větší míře až v 19. století (Žitník, 2010). Otázkou, zda je možné využít psychologicky zaměřené buddhistické texty například v psychoterapeutické praxi, se jako jedni z prvních zabývali například existenciální psychoterapeut Medard Boss či Carl Gustav Jung. Ve své době, kdy se vůči buddhistickým textům zvedala spíše kritika pramenící často z neznalosti kontextu či psychologických technik ze strany překládajících filologů nebo z egocentrické omezenosti některých psychologů, dospěli oba ke skeptickým závěrům, které zpochybňují víru v to, že by východní techniky mohly na západě uspět (Frýba, 2008). Když Wiliam James v roce 1902 prohlásil o buddhistické psychologii „*Toto je psychologie, kterou budou za pětadvacet let studovat všichni*“ (Sangharakshita, 1952), celkem dobře předpověděl následující vývoj na poli psychologie.

Větší zájem o východní myšlení a meditační praxi některých buddhistických škol přišel hlavně po druhé světové válce, kdy se začaly vydávat populární knihy o buddhismu

a objevovat odborné práce srovnávající buddhismus a psychologii (Žitník, 2010). Jako neopsychoanalyticky okouzlené zen-buddhismem můžeme jmenovat například Ericha Fromma a Karen Horneyovou (Dow, 2009). Ovlivnění východními myšlenkami, začali někteří psychoterapeuti sami praktikovat meditaci všímavosti a vzhledu a získané poznání aplikovali v terapii buď přímo, začleněním meditace do terapeutického sezení nebo nepřímo, skrze vlastní všímavost (Benda, 2007).

Zejména v 70. letech se rozšířily výzkumy, které sledovaly účinky meditace na různé proměnné. V roce 1979 potom Jon Kabat-Zinn otevřel Centrum všímavosti (Center for Mindfulness) na lékařské fakultě univerzity v Massachusetts a založil tak první terapeutický program založený na všímavosti, dnes známý jako Mindfulness-based stress reduction. Provedené studie ukázaly slibné výsledky a vzbudily zájem o další vědecké zkoumání všímavosti (Dow, 2009). Další vznikající a empiricky validizovaný směr Dialektická behaviorální terapie (DBT, Dialectical Behavioral Therapy; Linehan; 1993a, b) podpořil velmi rychlý rozvoj dalších empiricky podložených terapeutických přístupů založených na všímavosti (Dow, 2009).

U nás se o všímavosti začalo mluvit v souvislosti s Mirkem Frýbou. Po zkušenostech nabytých na Srí Lance a v Indii uplatňoval své poznatky v sedmdesátých a osmdesátých letech ve Švýcarsku a v devadesátých letech potom i u nás. Vytvořil novou psychoterapeutickou metodu využívající všímavost a založil Ateliér satiterapie (Benda, 2007, 2010).

1.3. Třetí vlna behaviorální terapie

Využití všímavosti v terapii v současné době asi nejvíce rozvíjejí nové přístupy kognitivně-behaviorální terapie, kam patří již zmíněný Program redukce stresu založený na všímavosti, Kognitivní terapie založená na všímavosti, Dialektická behaviorální terapie a Terapie přijetí a angažovanosti (Benda, 2007). Podrobnější popis jednotlivých směrů nabízím v kapitole Přístupy založené na všímavosti. Hayes (2004) tyto přístupy označuje jako „třetí vlnu“ behaviorální terapie. Oproti druhé vlně, která vyzdvihuje kognici, zdůrazňuje třetí vlna fenomény, které předchozí generace přehlížely (Hayes, 2004). Do terapie přináší prvky jako přijetí, všímavost, vztah, hodnoty, dialektickou filozofii či spiritualitu a uplatňuje další nepřímé a zážitkové strategie terapeutické změny (Benda, 2007).

2. VŠÍMAVOST A JEJÍ DEFINICE

Všímavost se v české, především satiterapeutické literatuře užívá jako ekvivalent anglického „mindfulness“, v němčině „Achtsamkeit“ (Frýba, 1993; Benda, 2007; Žitník, 2010; Porkertová, 2011). Přestože postupy založené na nácviku všímavosti se používají již přes dvacet let, až teprve v posledních letech je všímavost pojímána jako psychologický konstrukt a dochází ke snaze najít konsenzus, vytvořit obecně platnou operacionální definici a vyvíjet nástroje pro měření všímavosti (Burke, 2010). Jedna konsenzuální definice zatím neexistuje především proto, že všímavost studují různé teoretické přístupy s rozdílnými východisky.

Žitník (2010) uvádí tři různé přístupy ke studiu všímavosti: **filozoficko-psychologický přístup** vycházející z buddhismu, který představuje např. Nyanaponika či Frýba, **klinicko-psychologický**, představovaný Kabat-Zinnem, Baerovou atd. a **sociálně-psychologický**, který zastává např. Langerová či Sternberg (Žitník, 2010), ale od původního pojetí už se velmi liší, proto ho v této práci podrobněji nezmiňuji.

Zde uvádím několik definic, které popisují všímavost z různých úhlů pohledu:

- **uvědomování si a pozornost v přítomnosti, bez posuzování a hodnocení**

Klasická klinicko-psychologická definice podle Kabat-Zinna uvádí, že jde o „*uvědomování si, jež vyvstává prostřednictvím úmyslného soustředění pozornosti v přítomném okamžiku a bez posuzování na zkušenost odhalující se okamžik za okamžikem.*“ (Kabat-Zinn, 2003, p. 145). Podstata stavu „*okamžiku-za-okamžikem*“ spočívá v tom: „*‘být‘ plně v dané chvíli, bez posuzování a hodnocení, bez zpětného přemítání vzpomínek, bez pohledu na události v budoucnosti, které v nás vzbuzují starosti, a bez snahy ‘řešit‘ problém nebo zkrátka jinak se vyhnout jakýmkoliv nepříjemným aspektům v dané situaci*“ (Teasdale, Segal, & Williams, 1995, p. 33).

- **bdělost nejen smyslová, ale i na úrovni poznávací, vědomé a emocionální**

Napoliová Krech a Holleyová (2005) pracují s definicí z literatury a všímavost charakterizuje jako schopnost být **plně vědomý, bdělý v přítomném okamžiku**. Tím je myšlena **smyslová bdělost na úrovni všech smyslů**: zrakové, sluchové, chuťové, hmatové, ale **i na úrovni poznávací, vědomé a emocionální** (Napoli et al., 2005).

- **nezaujaté zaznamenávání psychických a tělesných fenoménů**

Všímavost zároveň pojmáme jako „*schopnost nezaujatě zaznamenávat psychické a tělesné fenomény (myšlenky, vjemy, pocity, náklady, atd.) prožívané v přítomném okamžiku*“ (Benda, 2011, p. 4). Stav, ve kterém si člověk **uvědomuje prožitky „jak vnějších podnětů (zvuků, chutí, vůní, barev apod.), tak vnitřních podnětů (tělesné pocity, myšlenky, pocity), a to tak, jak postupně vyvstávají v poli vědomí“** (Žitník, 2010, p. 23).

- **plynulé zaznamenávání a nic nevyřazující zapamatování**

Frýbova buddhisticko-psychoterapeutická definice vyzdvihuje aspekt nepřetržitosti a zapamatování. „*Všímavost (sati) je více než pouhá pozornost a vnímání. Je nepřetržitou ostrážitostí mysli neboli souvislou duchapřítomností. Sati spočívá v plynulém všímání, v neselektivním pojímání a zaznamenávání skutečných dějů a v nic nevyřazujícím zapamatování toho, co se skutečně událo.*“ (Frýba, 2003, p. 17). Výstižná filozoficko-psychologickou definici uvádí i Grabovacová, Lau a Willetová (2011). Všímavost definují jako „*průběžné sledování tří charakteristik meditačního předmětu (pomíjivosti, neuspokojivosti a nepřítomnosti trvalého Já), které probíhá okamžik za okamžikem*“ (Grabovac et al., p. 157).

V této práci vycházím především z **integrativní definice**, kterou předkládá Žitník (2010) ve své diplomové práci. V této definici je všímavost pojímána z pohledu různých přístupů a užívají ji i další autoři (Porkertová, 2011; Žitník, 2010). „*Všímavost je nekonceptuální a jasné uvědomování si a pozorování proudu intrapsychických a senzorických podnětů, odehrávající se v přítomném okamžiku s postojem přijetí, nehodnocení a otevřenosti*“ (Žitník, 2010, s. 23).

Žitník (2010) rozděluje pojetí všímavosti na základě počtu složek, kterým různé přístupy přiřkládají menší či větší význam (Žitník, 2010). Níže uvádím zkrácený přehled přístupů podle toho, jak přibývají další složky všímavosti. Koncepce doplňují i autory daného pojetí:

- *jednosložkové pojetí* popisuje všímavost jako **zvýšené uvědomování si přítomnosti**
- *dvousložkové pojetí* zdůrazňuje vedle **uvědomování (si)/pozornosti** ještě **postoj přijetí, zvědavosti, otevřenosti** (Gambrel & Keeling, 2010; Bishop et al., 2004)
- *v třísložkovém pojetí* doplňuje **pozornost a postoj** ještě **záměr** (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006)
- *čtyřsložkové pojetí* zahrnuje **přijetí, odstup, kontakt s přítomným okamžikem a pojímání sebe jako pozorovatele** (Fletcher & Hayes, 2005)

- *pětisložkové pojetí*, které Baerová, Smith, Hopkins, Krietemeyer a Toney (2006) vytvořili na základě faktorové analýzy, zahrnuje tyto komponenty: **pozorování, popisování, vědomé jednání, nehodnocení intrapsychických prožitků a nereagování na vynořující se prožitky**

Jednotná definice by mohla posunout výzkum všímavosti dál a napomohla by propojování jeho výsledků. Na druhou stranu je to zřejmě právě různost přístupu ke všímavosti, která umožňuje nahlížet tento fenomén z více úhlů pohledu a přinášet nové, interdisciplinární podněty (Koutný, 2010). Navíc o všímavosti můžeme dlouze hovořit či psát, ale plně ji zachytit slovy nelze. **Všímavost je především intuitivní a nonverbální zkušenost a ke skutečnému pochopení je potřeba ji přímo zažít** (Germer, 2004; Siegel et al., 2009).

3. VŠÍMAVOST, POZORNOST A UVĚDOMĚNÍ

Definice všímavosti často zahrnují pojmy jako pozornost (attention) a uvědomění (awareness). Někteří autoři všímavost nazývají přímo uvědomění (Nyanaponika, 1995), plné uvědomění (Praško, Možný, & Šlepecký, 2007) nebo uvědomělá či vědomá pozornost (Nyanaponika, 1995). Ani jeden z pojmů však všímavost dostatečně nevystihuje.

Brown a Ryan (2003) popisují všímavost jako receptivní či zvýšenou pozornost a uvědomování si přítomné skutečnosti a momentálních zážitků. Pozornost a uvědomění podle autorů zaštiťuje **vědomí** (consciousness). **Uvědomění** popisují jako jakýsi „radar“ v pozadí vědomí, který nepřetržitě monitoruje vnitřní a vnější prostředí. Je to vědomá registrace podnětů, která zahrnuje pět fyzických smyslů, kinestetické smysly a veškeré aktivity mysli. Je to náš přímý a zcela bezprostřední kontakt s realitou. Některých podnětů si vlastně můžeme být vědomi, aniž by byly v centru naší pozornosti (Brown & Ryan, 2003).

Ustálený pojem **pozornost** označuje rozsáhlý psychologický konstrukt, který popisují různé teorie. Podle Browna, Ryana a Creswella (2007) jde o proces zaostřování uvědomění, které zvyšuje citlivost vůči omezenému rozsahu zkušeností. Základní charakteristikou pozornosti je tedy selektivita, zaměření vědomí na určitý výsek vjemů. Vědomí a pozornost jsou vzájemně propojeny tak, že „*pozornost neustále vybírá „figury“ z „pozadí“ vědomí a záměrně je udržuje na různě dlouhou dobu*“ (Brown & Ryan, 2003, p. 822). Pozornost může mít velmi různý rozsah, od zúžené pozornosti až po difúzní. Všímavost je v některých koncepcích přirovnávána k tzv. difúzní pozornosti širokého rozsahu, je vnímána jako bdělost k prostředí a připravenost registrovat jakékoliv podněty (tzv. proces odzvola nahoru = bottom up; řízený podnětem), někdy ji označujeme jako **receptivní pozornost**. Opačným procesem je

pozornost řízená vyššími funkcemi, záměrná, soustředěná pozornost čili **koncentrace** (Žitník, 2010). Dreyfus (2011) však dodává, že všímavost nelze chápat jen jako bottom-up proces, ve kterém naše mysl zůstává otevřená tomu, co vzniká, ale nesmíme zapomínat na to, že *zahrnuje i „top down“ schopnost naší mysli udržet a spojovat informace, takže přítomný okamžik prožitku může být začleněn do časového toku naší zkušenosti*. (Dreyfus, 2011, p. 47). Podle Chiesa, Serretti a Jakobsena (2012) studie naznačují, že u zdravých jedinců, kteří praktikují meditaci krátce, je trénink všímavosti spojen s emoční regulací shora dolů a u jedinců, kteří meditují dlouho naopak s regulací emocí zdola nahoru (Chiesa et al., 2012).

Brown a kolegové (2007) zdůrazňují, že uvědomění a pozornost mají zásadní význam pro kvalitu našeho prožitku a jednání. Smyslové podněty zůstávají v ohnisku naší pozornosti předtím než na ně emocionálně či kognitivně reagujeme často jen krátce. Rychlé percepční reakce, skrze které podněty zpracováváme, jsou často diskriminační povahy (rozlišují, zda je podnět „příjemný“, „nepříjemný“ nebo „neutrální“¹) obvykle ve vztahu k sobě. Bývají podmíněny minulou zkušeností s nějakými podobnými podněty, které vyvolávají konkrétní asociace v paměti. A nakonec, percepční zkušenost je skrze další kognitivní procesy snadno asimilována mezi stávající kognitivní schémata. Tento konceptuální způsob zpracování informací je výhodný, protože dává řád událostem a zážitkům z hlediska důležitosti pro nás samotné. Podněty a události jsou ale málokdy vnímané nezaujatě, takové jaké skutečně jsou a přes filtry sebestředného myšlení nám hrozí, že si vybavíme jen povrchní a neúplné nebo zkreslené obrazy reality. Všímavý mód naopak charakterizuje receptivní stav mysli, ve kterém se pozornost drží jen čistého zaznamenávání pozorovaných jevů. Všímavý kontakt se světem skrze základní složky uvědomění a pozornost nám umožní stát „tvář v tvář“ realitě takové jaká je bez hodnotících, kategorizujících a běžně se objevujících myšlenek, takže vědomí může nabýt větší jasnosti, svěžesti a povede k flexibilnější a vhodnější psychologické a behaviorální odpovědi (Brown et al., 2007).

Podle tradice Abhidammy je koncentrace přirozenou schopností, kterou můžeme výrazně posílit skrze praxi meditace (Dreyfus, 2011). Během výcviku všímavosti (meditace) dochází k rozvíjení jak procesu koncentrace, tak i receptivní pozornosti. Nejprve se trénuje zaměření pozornosti na užší pole podnětů, například skrze soustředěné sledování dechu a teprve potom se teprve přechází k posilování otevřené a receptivní pozornosti (Žitník, 2010). Zpočátku je k udržení pozornosti třeba velké úsilí, které s časem polevuje a s pokročilou praxí přechází praktikující do stavu sníženého mentálního úsilí, ale pozorného zaměření. O možnosti rozvíjet

¹ Abidhamma rozlišuje pojem citění (*vedanā*), který stojí proti postojově zabarvenému pojmu žádost (*tanhá*). Podrobnější popis nabízí například Hájek a Benda (2008).

pozornost nasvědčují nejen tradiční texty, ale i výzkumy, které ukazují, že zkušení meditující mají ve srovnání se začátečníky větší aktivaci oblastí, které odpovídají pozornosti a inhibici (Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson, & Davidson, 2007). Moore a Malinowski (2009) ve svých výzkumech zjistili, že meditující mají nejen vyšší všímavost, ale i lepší výkony v úkolech, které testují pozornost a kognitivní flexibilitu (Moore & Malinowski, 2009). Podobné výzkumy svědčí o tom, že právě meditace by mohla být jednou z cest jak rozvíjet pozornost u zdravé i nemocné populace (Brefczynski-Lewis et al., 2007).

4. ROZVÍJENÍ VŠÍMAVOSTI

Všímavost je přirozenou součástí každodenního života, ale abychom si ji dokázali udržet, vyžaduje praxi (Germer, 2005). V théravádové tradici je rozvíjení všímavosti a její kultivace spojena s praxí meditace všímavosti a vhledu (satipatthána-vipassaná). Během meditace se meditující dostává skrze pozorování vlastních tělesných a mentálních procesů k poznání jejich pomíjivosti, neuspokojivosti a neosobní povahy, případně k překonání utrpení a dosažení nibbány (Benda, 2008). Germer (2005) uvádí meditaci jako cestu k prožitku všímavosti na nejhlubším stupni. Dlouhodobá a řádná introspekce může praktikujícího naučit pozorovat obsahy mysli a lépe nahlédnout, jak mysl funguje (Germer, 2005).

Všímavost je ale možné zapojit do všech aspektů každodenního života a rozvíjet ji skrze neformální praxi. Kultivují ji všechny situace, které nás vedou k prožívání všech tělesných a mentálních jevů odehrávajících se v přítomném okamžiku s přijetím, například uvědomování si vlastního dechu, poslouchání zvuků v okolí, vnímání vlastního postoje či polohy těla, atd. Dvě nejčastější cvičení pro kultivaci každodenní všímavosti jsou pomalá chůze (meditace chůze, walking meditation) a pomalé vychutnávání si jídla (meditace přijímáním potravy, eating meditation) (Germer, 2005). Skrze tato jednoduchá cvičení můžeme trénovat schopnost všimat si momentů, kdy se pozornost od činnosti odvrací, vracet ji zpět a zaznamenávat pocity, emoce, smyslové vjemy či myšlenky, které se v průběhu objevují.

Oba tyto způsoby rozvíjení všímavosti se staly součástí terapeutické praxe směřů založených na všímavosti i některých dalších (Žitník, 2010). Hájek (2006) uvádí jako možnosti kultivace všímavosti mimo meditaci všímavosti a vhledu například kotvení v pěti smyslech či focusing. Frýba (1993) například doporučuje pro účely satiterapie kultivaci všímavosti pro samotného terapeuta a pro rozvoj všímavosti klienta zdůrazňuje jinou cestu než prostřednictvím meditace, například takzvané terapeutovo „komentování“ (v páli

sallakkhaná). Opatrně přistupuje k meditaci i DBT, přizpůsobuje délku i četnost meditace potřebám klienta a zdůrazňuje i jiné metody (Linehan; 1993a, b).

V literatuře najdeme definice, které se týkají různých stupňů všímavosti od základního pojetí jako „uvědomování si přítomných prožitků s postojem přijetí“ (Germer, 2005) až po pokročilé jako „průběžné sledování tří charakteristik meditačního předmětu (pomíjivosti, neuspokojivosti a nepřítomnosti trvalého Já), které probíhá okamžik za okamžikem“ (Grabovac et al., 2011, s. 157). Benda (2013) rozlišuje jakousi elementární úroveň všímavosti a plně rozvinutou všímavost. Různou mírou praxe lze dosáhnout odlišných úrovní všímavosti (Siegel et al., 2009). V terapii či cvičení všímavosti v každodenních aktivitách se klient může naučit všímavě zaznamenávat jednotlivé fenomény, zvědomit si je, přijmout a prožít. Dalším stupněm může být uvědomění si opakujícího se vzorce chování. Rozvinutí kontinuální všímavosti, která vede k pokroku vzhledu a k dosažení nibbány, však už v zásadě závisí na velmi časté dlouhodobé a intenzivní meditaci (Benda, 2013).

5. VÝVOJOVÝ ASPEKT VŠÍMAVOSTI

Zajímavý pohled nabízí Engler ve svém srovnání buddhistického a psychodynamického přístupu k vývoji self (Engler, 1983, 1984, 2003). Západní tradice vyzdvihuje především význam dosažení identity – „**stát se někým**“ (becoming somebody), východní tradice směřuje k tomu „**stát se nikým**“ (becoming nobody). Oba přístupy hodnotí vývoj ega jiným způsobem, ačkoliv základ ega definují stejně „*jako proces syntézy a adaptace vnitřního života vnější realitě, která vytváří dojem osobní kontinuity a stejnosti v prožívání pocitu „já (self)“, pocitu pokračující existence*“ (Engler, 1984, p. 28). V obou přístupech je zážitek „já“, pocit osobní jednoty a kontinuity, stálého „já“ v čase v místě i napříč různými stavy vědomí považován za něco, co není vrozené, ale vytváří se během vývoje na základě našich zkušeností s objekty a podle typu interakcí, které s nimi máme. „*Já (self)*“, které vnímáme jako naše přítomné a reálné „*já (me)*“ je v podstatě vytvořené z našich zkušeností se světem objektů, je to internalizovaný obraz, vytvořený výběrovým a vynalézavým „vzpomínáním“ na kontakt s důležitými objekty v našem světě. V obou přístupech je self pojímáno jako reprezentace, která je ve skutečnosti konstruována okamžik za okamžikem znovu a znovu. Nicméně oba systémy souhlasí s tím, že obvykle vlastní já tímto způsobem nevnímáme. Jak uvádí Engler (1984) „*obvykle je náš zážitek sebe (sense of self) charakterizován pocitem časové kontinuity a stejnosti v čase, pocitem soudržnosti v mezilidských vztazích, uznáním*

druhých této kontinuity a konzistence, a naším vlastním vnímáním jejich potvrzujícího uznání toho, že „já“ (I) jsem to stejné „já“ (me)“ (Engler, 1984, p. 29).

Z pohledu psychoanalýzy vznikají nejhlubší psychologické problémy na základě nedostatečného pocitu vlastního já (sense of self). Z hlediska buddhistického je naopak nejhlubší psychopatologií přítomnost vlastního já a pocit jáství. Nejhlubším zdrojem utrpení je potom zbytečná a sebezničující snaha udržet si vlastní já a nejvyšší míru utrpení způsobuje „lpění na osobní existenci“ (Engler, 1984). Englerovo pojetí získalo mnoho stoupenců, ale i kritiků. V mnohém zajímavá je však myšlenka, že vysoký stupeň všímavosti a vhledu, buddhistické osvobození od utrpení a možnost stát se nikým, desidentifikovat se s vlastními psychickými obsahy může být vnímáno jako další vývojový stupeň objektivních vztahů, kterému však musí předcházet vývoj self. Meditace může být pokračováním separačně-individuačního procesu, který je podle Mahlerové nikdy nekončícím procesem (Engler, 1983). Engler však upozorňuje, že meditace původně nebyla určena pro klinickou aplikaci, protože předpokládá psychické zdraví a zájem o sebetranscendenci a má jiný cíl než psychoterapie (Engler, 2003). Podobně Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman (2006) uvádí, že všímavost může být dalším stupněm vývoje od egocentrického vnímání světa, ve kterém rozvíjíme nejen schopnost vnímat své vnitřní zkušenosti jako předměty, ale i rozlišovat vnitřní a vnější prožitky a dosahovat jakési meta-perspektivy.

Verni (2007) vyzdvihuje smysl meditace všímavosti pro dospívající, pro něž je otázka hledání vlastního „já“ velmi aktuální. Skrze meditaci a soustředění na dech a tělesné prožitky mohou dospívající zažívat důležité momenty pro formování identity, ve kterých jsou různé stavy vlastního já reintegrované a syntetizovány egem. Tímto všímavým prožíváním se mohou naučit vnímat vlastní „já“ jako proces spíše než jako trvalou entitu. Pro dospívající, kteří se snaží pochopit význam změn, ke kterým dochází v jejich vnitřním a vnějším světě, může mít zážitek a poznání, že vlastní „já“ je neustále probíhající proces velmi pozitivní přínos (Verni, 2007).

7. VYUŽITÍ VŠÍMAVOSTI V PSYCHOTERAPII

Základní předpoklad, který stojí v pozadí všímavosti, a který sdílí kognitivní věda a mnohé terapeutické směry, spočívá v tom, že si často neuvědomujeme naše hluboce zakořeněné zvyky a automatismy. Následkem toho procházíme naším životem jako bychom fungovali na automatického pilota (Kabat-Zinn, 1990) a žijeme-li tímto „nevšímavým“ způsobem, chováme se automaticky a nevnímáme vlivy, které působí na naše chování. To může vést

k celkovému utrpení a přetrvávání klinických problémů. Udržování všímavého módu v každodenním životě naopak napomáhá flexibilnímu a adaptivnějšímu chování (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). Všímavost může sloužit k získání většího odstupu mezi působením stimulu a reakcí jedince na něj, umožní lepší rozhodování a změny v dlouhodobých nefunkčních vzorcích chování (Biegel, Brown, Shapiro, & Schubert, 2009). Segal, Williams, & Teasdale (2002) uvádí, že skrze všímavost lze dosáhnout změny postoje k prožívaným fenoménům přes „poodstoupení“ od nich, jejich „dovolení“ a „přijetí, které zastaví automatické „reagování“ a vede klienta k takovému jednání, které si sám zvolí. I Frýba (2003) popisuje, že rozvinutá všímavost může napomoci získat vhled do působení elementů, které vstupují do opakujícího se patogenního prožívání, jež vede k utrpení. Vhled může klientovi pomoci tento bludný kruh přerušit a vystoupit z něj. Hájek (2006) vyzdvihuje moment, kdy se klientovi podaří díky dobře kultivované všímavosti k tělesným jevům zachytit ohnisko pocitu a následně porozumět významu tohoto pocitu, což může vzniku patologického prožívání zamezit. Hájkova teorie tělesně zakotveného prožívání nabízí vysvětlení důležitých mechanismů psychoterapie a může zásadně přispět ke zkoumání všímavosti (Benda, 2007). Mezi nejprínosnější faktory, které do terapie vnáší všímavost, patří vhled do psychických procesů, dezidentifikace či odstup od intrapsychických jevů, deliteralizace, deautomatizace, zvýšení tolerance k nepříjemným psychickým stavům, relaxace, zlepšení pozornosti a koncentrace, snížení ruminací a vnitřního dialogu a přijetí jako opak potlačování nebo vytěšňování nepříjemných psychických obsahů (Žitník, 2010).

Mendelsonová et al. (2010) shrnuje výsledky výzkumů u dospělých a uvádí, že postupy založené na všímavosti zlepšují pozornost a posilují schopnost utlumit kognitivní a emoční procesy, které způsobují nebo zvyšují stres (Mendelson et al., 2010). Tréninky všímavosti vykazují také dobrý vliv na fyzické a duševní zdraví v dospělosti jako je snížení úzkostných poruch a poruch nálad, přetížení a snížení krevního tlaku a u mladých lidí trpících chronickým stresem mají potenciál vést ke zlepšení regulačních dovedností (Mendelson et al., 2010). Vyšší skóry v míře všímavosti ve výzkumné studii provedené Brownem a Ryanem (2003) souvisely s vyšší pozitivní afektivitou, vitalitou, životní spokojeností, sebehodnocením, optimismem a sebeaktualizací (Brown & Ryan, 2003). Jóga, meditace a jiné postupy založené na všímavosti, které vychází z kontemplativní buddhistické tradice, kultivují schopnost pozornosti (attention) a uvědomování (awareness) (Brown & Ryan, 2003), což příznivě ovlivňuje schopnost reagovat na zátěž bez nepříznivých psychických nebo fyzických důsledků (tj. odolnost) (Mendelson et al., 2010).

Pokročilá meditace může ovlivňovat i některé funkce mysli, které jsou vrozené a nevznikají učením a zvykem. Zobrazovací studie u dospělých ukazují, že meditaci všímavosti prokazatelně a zásadně mění strukturu a funkci mozku, což vede ke zlepšení kvality myšlení i citění. Dále zvyšuje průtok krve a nárůst mozkové hmoty v oblastech spojených s pozorností a integrací emocí (Davidson & Lutz, 2008). Nejvýraznější změny jsou pozorovatelné u meditujících dlouhodobě, některé rozdíly však lze pozorovat i u lidí, kteří meditovali jen po dobu osmi týdnů průměrně půl hodiny denně. U nich ukazují zobrazovací metody nárůst hustoty šedé hmoty v hipokampu, který je významný zejména pro paměť a učení, dále potom ve strukturách spojených se sebeuvědoměním, soucitem a introspekci. (Hölzel et al., 2011).

7.1. Přístupy založené na všímavosti

Mezi nejrozšířenější přístupy založené na všímavosti patří ve světě MBSR (Mindfulness-based stress reduction), MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy), DBT (Dialectic behavior therapy), and ACT (Acceptance and commitment therapy), u nás můžeme uvést satiterapii (Baer, 2003; Kratochvíl, 2012). Základem těchto přístupů je především zaměření se na rozvíjení všímavosti, avšak metody pro nácvik všímavosti se liší. První dva přístupy využívají k rozvoji všímavosti pravidelné meditace, další dvě pracují s dalšími psychologickými a behaviorálními technikami (Burke, 2010).

7.1.1. Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR)

Nejcitovanějším a nejznámějším přístupem založeným na rozvoji všímavosti je Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR, Mindfulness-based stress reduction, Kabat-Zinn, 1990), dříve nazývaný Relaxační program pro snižování stresu (SR-RP, Stress reduction and relaxation program; Kabat-Zinn, 1990). Vznikl koncem sedmdesátých let jako osmitýdenní skupinový program pro pacienty se zdravotními problémy. Byl určen především pro léčbu chronické bolesti a stresu doprovázejícímu somatická onemocnění. Program se obvykle skládá z 8 až 10 týdenního kurzu pro skupinu maximálně 30 účastníků, kteří se schází každý týden na 2–2,5 hodiny. Účastníci rozvíjí všímavost skrze vedené meditace, diskuse o zkušenostech, stresu a jeho zvládání a plněním domácích úkolů. Celodenní 7–8hodinové setkání se většinou koná kolem šestého týdne. Účastníci se učí různé techniky jako např. uvědomování si těla (body scan), meditace vsedě (sitting meditation), meditace prostřednictvím jógy apod. Dále se klienti trénují všímavost i v běžném životě a v každodenních činnostech jako třeba při mytí nádobí, jídle, chůzi, nakupování atd. Účastníci by měli praktikovat meditaci i doma, alespoň na 45 minut, šest dní v týdnu. Pokud nehodnotící soustředění na dech nebo chůzi přeruší myšlenky, vzpomínky nebo fantazie, měl

by meditující sledovat obsah bez hodnocení, případně myšlenky stručně zapsat, a potom se opět vrátit k přítomnému okamžiku (Kabat-Zinn, 1990; Kratochvíl, 2012).

7.1.2. Kognitivní terapie založená na tréninku všímavosti (MBCT)

Z MBSR se po čase vyvinula Kognitivní terapie založená na tréninku všímavosti (MBCT, Mindfulness-based Cognitive Therapy; Segal et al., 2002). Byla upravena jako prevenční terapie proti relapsu depresivní poruchy. Autoři této terapie vycházeli z teorie zpracování informace. Podle ní jsou jedinci, kteří zažili depresivní epizodu, náchylnější k recidivám, pokud se objeví mírně dysforické stavy, které mohou spustit depresivní vzorce myšlení. Terapie je narozdíl od předchozího programu doplněná vzděláváním v psychologické oblasti (psycho-education). Učí klienty přeladit se na vnitřní „bytí“ (being) místo na vnější „činnost“ (doing) a vede je k tomu, aby získali odstup od vlastních myšlenek a uvědomili si, že myšlenky jsou jen přechodné stavy mysli, podmíněné psychickým stavem. Odstup se aplikuje i ve vztahu k emocím a tělesným pocitům (Segal et al., 2002; Kratochvíl, 2012).

7.1.3. Dialektická behaviorální psychoterapie (DBT)

Dialektická behaviorální psychoterapie (DBT, Dialectical Behavioral Therapy; Linehan; 1993a, b) je mnohostranný přístup k léčbě hraniční poruchy osobnosti. Dnes se využívá i při léčbě dalších, zejména neurotických poruch. Vychází z dialektického přístupu, podle kterého je vše tvořeno dvěma protichůdnými silami, jejichž syntézou vzniká nová realita obsahující tyto protichůdné síly. Jde o kontinuální proces změny. Terapie klienty vyzývá k tomu, aby přijali sami sebe, svou historii a současnou situaci takovou, jaké je, a přitom na sobě intenzivně pracovali, aby změnili vlastní chování a prostředí s cílem vybudovat si lepší život. Syntéza těchto dvou zdánlivých rozporů (přijetí vs. změna), je cílem DBT. Klienti skrze kognitivní a behaviorální techniky rozvíjejí všímavost, regulaci emocí, toleranci stresu a vztahové dovednosti v průběhu roční skupinové terapie. Naučené dovednosti zároveň ještě zlepšují během individuální terapie (Linehan, 1993 a, b) a terapeut se snaží, aby de chování v terapii přeneslo i do běžného života (Kratochvíl, 2012). Linehan se domnívá, že ne všichni klienti jsou schopni zvládat četnost meditací, jakou doporučuje Kabat-Zinn. DBT neurčuje ani četnost, ani délku meditací a cíle pro praxi všímavosti jsou určovány individuálně, klientem a jeho terapeutem (Baer, 2003).

7.1.4. Terapie přijetí a angažovanosti (ACT)

Terapie přijetí a angažovanosti² (ACT, Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), je přístup založený na současné analýze chování a takzvané teorii vztahového rámce (Relational frame theory) (Hayes, 2004; Fletcher & Hayes, 2005). Klienti v ACT se učí rozpoznat „pozorující já (vnitřního pozorovatele)“, které je schopné sledovat vlastní tělesné pocity, myšlenky, a emoce. Klienti jsou vedeni k tomu, aby sledovali tyto jevy odosobněle. Učí se mluvit o tom, jaké o sobě mají mínění, jaké mají emoce apod. a že určité emoce mohou prožívat bez újmy, aniž by se jimi nechali strhnout (Baer, 2003).

7.1.5 Satiterapie

V českých podmínkách se vyvinula terapeutická metoda Satiterapie („Léčba všímáním“). Satiterapie vznikla z meditačních cvičení, které Mirko Frýba využíval v encounterových skupinách od 60. let ve Švýcarsku. Základní principy vychází ze systému Abhidamma. Terapie využívá rogersovského přístupu zaměřeného na klienta a integruje prvky Morenova psychodramatu, pohybového a výtvarného vyjadřování, satidramatu a buddhistické meditace pro zvnitřňování a získávání vhledu do důležitých životních událostí. Výuka meditace pro klienty není zahrnuta, ale praktikuje ji terapeut v rámci výcviku (Frýba, 1993, 2008).

Oproti zahraničním směrům je konceptuální a teoretická základna satiterapie nejbližší původním kořenům v buddhismu. Velkým důrazem na původní zdroj se od směrů popsaných výše částečně odlišuje. Shaver, Lavy a Saron (2007) tvrdí, že američtí psychologové vytrhli všímavost z původních kořenů, zbavili širšího etického a sociálního kontextu a aplikovali individualističtější, méně sociálně provázaným a eticky neutrálnějším způsobem (Shaver et al., 2007). Satiterapie ač není religiózní, zůstala původnímu konceptu eticky velmi blízká (Koutný 2010).

6. MĚŘENÍ VŠÍMAVOSTI

V poslední době, kdy se přístupy založené na všímavosti v psychosomatické medicíně a psychologii rozšířily a začaly být velmi dobře přijímány, vzrůstá snaha všímavost sledovat kvantitativně a vyvíjet škály pro její měření. Grossman (2008) uvádí, že pokud chceme intervence založené na všímavosti využívat v praxi, je bezesporu třeba dobře definovat, určit a měřit předmět, který je jejich jádrem. Jakkoliv samozřejmý tento postup je, skýtá mnohé

² Kratochvíl (2012) je překládá jako Terapie smířením a odhodláním, podobně jako Benda (2006). Já používám novější Bendův termín (Benda, 2007), který respektují i předchozí kvalifikační práce (Žitník, 2010; Porkertová, 2011).

překážky, které je potřeba si uvědomit, jinak se může vývoj výzkumu všímavosti dostat do slepé uličky. Ačkoliv v současné době neexistuje zlatý standart pro měření všímavosti a fyziologické objektivní metody bude teprve třeba určit, vyvíjí se v posledních letech pestrá škála dotazníkových metod, které mají sloužit pro měření všímavosti Grossman (2008). Níže uvádím metody pro měření všímavosti u dospělých, škály pro děti a dospívající popisují v části práce, která se zabývá využitím všímavosti v praxi s dětmi, konkrétně v kapitole 13. Měření všímavosti u dětí.

Snad nejznámější je **Škála všímavé pozornosti a uvědomování** (MAAS, Mindful Attention Awareness Scale; Brown & Ryan, 2003). Dotazník MAAS má patnáct položek a jednofaktorovou strukturu. Využívá šestibodovou Likertovu škálu od 1 (téměř vždy) po 6 (téměř nikdy). Měří obecnou tendenci pozornosti a uvědomování si přítomného okamžiku. Podle autorů Browna a Ryana (2003) je tato „na přítomnost zaměřená pozornost a uvědomění“ základem všímavosti. Škála vykazuje poměrně vysokou vnitřní konzistenci 0,87 (Brown & Ryan, 2003) u dospělé populace, bohužel ale nezahrnuje postojovou složku všímavosti. Vysoké skóre v MAAS například pozitivně korelovaly s otevřeností ke zkušenosti, emocionální inteligencí a životní pohodou. Negativně naopak test koreloval s ruminacemi, sociální úzkostí (Brown & Ryan, 2003), disociací a bezmyšlenkovitostí (Baer et al., 2006). Vyšší skóre v MAAS měli lidé praktikující meditaci oproti kontrolní skupině (Brown & Ryan, 2003). Grossmann (2008) upozorňuje na to, že škála měří spíše percepce výpadků vlastní pozornosti v každodenním životě, protože položky se zaměřují spíše na nevšímavé (mindlessness) chování.

Freiburský inventář všímavosti (FMI, Freiburg Mindfulness Inventory; Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht & Schmidt, 2006) je 30položkový dotazník, který měří nehodnotící pozorování přítomného okamžiku a otevřenost vůči negativní zkušenosti. Byl vyvinut spolu s účastníky meditačních pobytů pro zkušené meditující a využívá terminologii typickou pro meditaci vipassana, nicméně pro respondenty bez meditační zkušenosti může být obtížně srozumitelný (Grossman & Van Dam, 2011). Autoři uvádí vnitřní konzistenci 0,93 a 0,94 (Baer et al., 2006).

Kentucký inventář všímavých dovedností (KIMS, Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; Baer, Smith, & Allen, 2004) je 39položkový dotazník určený pro běžnou populaci, vytvořený pro měření čtyř základů všímavosti: pozorování či sledování vnějších i vnitřních podnětů odehrávajících se v přítomném okamžiku, popisování či označení povšimnutých jevů, uvědomělé jednání neboli soustředěné věnování se probíhající aktivitě bez rušivých

myšlenek a přijetí bez hodnocení. KIMS byl vyvinut na základě konceptu všímavých dovedností, které vychází z Dialektické behaviorální terapie (DBT, Dialectical Behavioral Therapy; Linehan, 1993). Všímavé dovednosti měřené KIMS korelovaly například s neuroticismem, otevřeností ke zkušenosti, emocionální inteligencí, alexithymií apod. Vnitřní konzistence čtyř subškál, které potvrdila i faktorová analýza, se pohybovala mezi 0,76 až 0,91 (Baer et al., 2004; Baer et al., 2006).

Škála kognitivní a afektivní všímavosti (CAMS, Cognitive and Affective Mindfulness Scale; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007) je 12položková škála určená pro měření pozornosti, uvědomění, zaměření na přítomnost a přijetí/ nehodnocení. Výsledkem je jedno skóre společné pro všechny složky. Položky obsahují čtyřstupňovou Likertovu škálu. Vnitřní konzistence se pohybují mezi 0,74 a 0,80. Negativní korelace uvádí autoři například se snahou vyhybat se negativní zkušenosti (experiential avoidance), potlačováním myšlenek, ruminací, starostmi, depresí a úzkostí, pozitivní korelace například s jasností pocitů, zlepšením nálady, kognitivní flexibilitou a duševní pohodou (Feldman et al., 2007).

Southamptonský dotazník všímavosti (SMQ, Southampton Mindfulness Questionnaire; Chadwick et al., 2008) je 16položkový dotazník, který měří všímavý postoj k nepříjemným myšlenkám a představám. Škála vychází ze čtyř aspektů všímavosti: všímavé pozorování, nechání být (letting go), postoj bez odporu (nonaversion) a nehodnocení. Výpočet pro subškály autoři nedoporučují, nejlépe odpovídá jednofaktorové celkové skóre. Vnitřní konzistence testu je 0.87. Výsledky v dotazníku SMQ korelují s výsledky MAAS a autoři uvádějí statisticky významné rozdíly mezi meditujícími a nemeditujícími, zvýšení skóre po absolvování MBSR programu a významné korelace s hodnocením nálady (Chadwick et al., 2008).

Torontská škála všímavosti (TMS, Toronto Mindfulness Scale; Lau et al., 2006) je 10položkový dotazník pro měření všímavosti vychází z hledání operacionální definice všímavosti (Bishop et al., 2004), která je pro tento dotazník určena dvěma faktory. První faktor *Zvídavost* (curiosity) vyjadřuje uvědomování si momentální zkušenosti s postojem zvídavosti, *Decentrace* znamená uvědomování si přítomné zkušenosti s jistým odstupem a dezidentifikací namísto unášení se vlastními myšlenkami a pocity. Autoři uvádí vnitřní konzistenci subškál 0.86 a 0.87. Podle studie autorů se po absolvování MBSR programu statisticky významně zvýšilo skóre všímavosti v dotazníku TMS. Zkušenost s meditací všímavosti byla spojena s vyššími skóry *Zvídavosti*, meditující s větší zkušeností vykazovaly vyšší skóry v *Decentraci* (Lau et al., 2006).

Dotazník pěti aspektů všímavosti (FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; Baer et al., 2006) je dotazník, který vznikl ve snaze integrovat různé přístupů k operacionalizaci definice všímavosti. Na základě faktorové analýzy pěti dostupných dotazníků měřících všímavost (MAAS, FMI, KIMS, CAMS a SMQ), byl vytvořen 39položkový dotazník, který zahrnuje 5 aspektů obecné tendence být všímavý v každodenním životě: pozorování, popisování, uvědomělé jednání, nehodnocení intrapsychických prožitků a nereagování na tyto prožitky. Všechny subškály mají dobrou vnitřní konzistenci mezi 0,75 a 0,91. Subškály podle očekávání dobře korelovaly i s různými dalšími proměnnými. Například škála *Pozorování* pozitivně korelovala s otevřeností vůči zkušenosti, škála *Popisování* pozitivně korelovala s emocionální inteligencí a negativně s alexithymií, škála *Uvědomělého jednání* negativně korelovala s disociací a nevšímavostí (mindlessness) a škála *Nehodnocení* negativně korelovala s psychopatologickými symptomy, neuroticismem a potlačováním myšlenek (Baer et al., 2006). Tento dotazník je v současné době zatím jediným dotazníkem pro zjišťování míry všímavosti přeloženým do českého jazyka, na jeho normách pracoval Jiří Žitník v rámci své diplomové práce (Žitník, 2010).

Ve snaze kvantitativně měřit všímavost je třeba jasně stanovit operacionální definici. V případě všímavosti však hrozí, že zjednodušená operacionalizace původního buddhisticko-psychologického konstruktu všímavosti může navíc bagatelizovat koncept a zásadně změnit původní význam (Grossman, 2008). Grossman shrnuje zásadní body kvantitativního zkoumání všímavosti, kterých se většinou týká kritika. Mezi autory existují vážné koncepční problémy a rozdíly v chápání toho, co je všímavost. Zároveň panuje jakási celková naivita mezi tvůrci dotazníků, která pramení z omezené znalosti buddhistického myšlení a chybějící hlubší zkušenost s buddhistickou meditační praxí. Někdy mohou být opomíjeny zásadní rozdíly mezi respondenty ve významovém porozumění položkám, přičemž porozumění se zdá být závislé na osobní praxi všímavosti. Potenciálně důležité mohou být i rozdíly mezi tím, jak moc všímaví se jedinci vnímají v sebehodnocení, oproti tomu, jak všímaví ve skutečnosti jsou. Může také dojít ke zkreslení u jedinců, kteří dlouhodobě praktikující meditaci nebo u těch, kteří procházejí programy založenými na všímavosti. A právě výše uvedené ústí v problémy s validizací údajných nástrojů k měření „všímavosti“ (Grossman, 2008).

Grossman a Van Dam (2011) navrhuje několik možností, jak překonat slabiny a problémy spojené se sebeposuzujícími škálami v měření všímavosti. Jedna z možností je, aby respondenti na místo toho, jak rozvinuté mají některé dovednosti, posuzovali, jakou hodnotu přiřkládají jednotlivým charakteristikám (sedět v klidu, zaznamenávat pocity, myšlenky a/nebo emoce, které se objevují okamžik za okamžikem atd.). Takže bychom sledovali, zda praxe

všímavosti souvisí s rozdíly nebo se změnami v hodnotovém systému. Tento přístup však skýtá podobné problémy v sebesposuzování jako současné škály, ačkoliv se vyvarují směřování výkonu a úsilí. Další cesta, kterou by se uchovala integrita a bohatství buddhistického chápání všímavosti je snaha pojmenovávat škály a měřící nástroje pravými jmény, respektive pojmy, které se více blíží tomu, na co se škála ptá. Přístup, který by využíval rozhovor je sice náročnější na práci a čas, ale poskytuje větší vhled do psychologických mechanismů než pětiminutový dotazník a v osobní interakci je zároveň větší prostor pro objasnění sémantických složitostí (Grossman & Van Dam, 2011).

Benda (2013) ve své prezentaci připomíná Škálu prožívání (Experiencing Scale), která vznikla již v roce 1969 v souvislosti se zájmem o zkoumání lidského prožívání, jemuž přikládal zásadní význam Rogers i Gendlin (Klein, Kiesler, & Coughlan, 1969). Na škále prožívání lze rozlišit 7 stupňů úrovně prožívání, která vychází z pacientovy komunikace a zrcadlí, do jaké míry se pacient zaměřuje na subjektivní, osobní významy a prožitky událostí, jak je vyjadřuje a jak na ně reaguje (Klein et al., 1969). Zajímavé je, že hloubku prožívání hodnotí externí posuzovatelé, ne klient sám (Benda, 2013). Tato škála může do jisté míry odrážet proměny ve vnímání vlastního prožívání v průběhu terapie, které lze sledovat i v procesu rozvíjení všímavosti. Mohla by tedy napomoci v posuzování určité úrovně všímavého prožívání. Škála se zaměřuje převážně na jednu ze sattipathán, na cítění (primární pocity). Pokud bychom skrze škálu chtěli sledovat všímavost, musela by se rozšířit ještě o čtvrtou sattipathánu – předměty mysli.

Dodejme ještě, že pro posouzení míry meditačního pokroku vznikla již v roce 1978 poměrně dost podrobná škála Profil meditační zkušenosti (The profile of meditation experience, POME; Brown, Twemlow, Engler, Maliszewski, & Stauthamer, 1978). Tato škála je však využitelná jen pro posouzení rozvoje všímavosti v intenzivní meditaci.

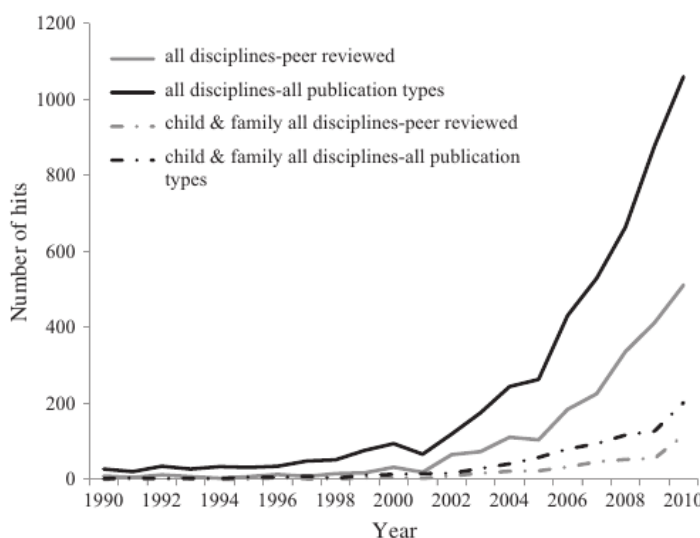
Vedle dotazníkových metod uvažují někteří autoři o využití **výkonových testů**, které by přímo souvisely s aspekty všímavosti. Bishop a kolegové (2004) navrhuji využití vigilančních testů či testů zaměřených na přesouvání pozornosti. Vyšší míra všímavosti by se měla projevit lepším výkonem v testech vyžadujících inhibici sémantického zpracování, jako je např. Stroopův test (Bishop et al., 2004). Moore, Hayhurstová a Teasdale (1996) vyvinuli nástroj pro měření decentrace, která je s všímavostí úzce spjata. MACAM (Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory; Měření uvědomění a zvládání na základě autobiografické paměti) je polostrukturovaný klinický rozhovor, kde jsou respondenti vyzváni k tomu, aby si představily mírně stresující modelové situace a aby si uvědomili pocity, které

v nich situace vyvolávají. Poté jsou požádáni, aby si vybavili situace ze svého života, které u nich vyvolaly podobné pocity (Taesdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, Segal, 2002; Bishop et al., 2004).

Zdá se, že právě pro svou nekonceptuálnost a prožitkovost je těžké všímavost měřit a nastavit podmínky pro její vědecké zkoumání. Zatím chybí možnost jasného srovnání, zlatý standard, který by jasně určil kdo je všímavý člověk. A v současné době neexistuje způsob jak stoprocentně ověřit, zda existující dotazníky měří všímavost nebo něco úplně jiného (Grossman, 2011). Ale snad jednou z nejdůležitějších výhod, které všímavost sama o sobě může přispět k výzkumu všímavosti je podle slov Grossmana a Van Dama (2011), že se můžeme naučit pěstovat trpělivé a záměrné uvědomění přítomného okamžiku a naší vlastní mysli už jen v samotné práci, kterou děláme (Grossman & Van Dam, 2011).

II. VŠÍMAVOST U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Přístupy založené na všímavosti nachází uplatnění nejen ve velké škále aplikací klinických (v léčbě somatických a psychosomatických onemocnění, v psychoterapii duševních poruch) i neklinických (při snižování stresu, v partnerském poradenství, v oblasti psychologie práce), ale i u různých populací (Žitník, 2010). V posledních letech se kromě využití u dospělých rozvíjí i přístupy založené na všímavosti zaměřené na práci s dětmi, a přestože výzkumů v této oblasti není tolik, jejich počet každý rok stoupá. V grafu (Graf 1) je vidět vzrůstající počet publikací (článků, recenzí knih a dizertací) ve 30 různých databázích pod heslem „mindfulness“ napříč různými vědními disciplínami mezi roky 1990 a 2010. Přerušované čáry ukazují studie, které se týkají dětí a rodin (Harnett & Dawe, 2012).



Graf 1 – Publikace pod heslem „mindfulness“ vydané mezi roky 1990–2012

Inspirovány programy a terapiemi pro dospělé, vznikají terapeutické přístupy a intervenční programy založené na všímavosti pro děti i dospívající. Jejich aplikace je u klinické i neklinické populace (Burke, 2010). Protože děti jsou součástí širšího systému, nachází přístupy založené na všímavosti uplatnění v různých podmínkách prostředí dítěte: v rodinné terapii a poradenství či rodičovských trénincích (Coatsworth, Duncan, Greenberg, & Nix, 2010), v léčbě somatických i psychických nemocí (Biegel et al., 2009; Sibinga et al., 2011; Singh et al., 2010; Zylowska et al., 2008; van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012 atd.), v prostředí školy (Broderick & Metz, 2009; Biegel & Brown, 2010;

Schonert-Reichl & Lawlor, 2010), ve vzdělání učitelů (Meiklejohn et al., 2012) či terapeutů pracujících s dětmi (Goodman, 2005) atd.

Nejznámější terapeutické přístupy založené na všímavosti pro dospělé byly upraveny a přizpůsobeny pro využití s dětmi, takže vznikla například Kognitivní terapie založená na všímavosti pro děti (MBCT-C; Semple, Lee, Rosa, & Miller, 2010) či upravená podoba Programu snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR; Saltzman & Goldin, 2008). Ačkoliv nejnovější přehledové studie (Harnett & Dawe, 2012; Burke, 2010) upozorňují na velké metodologické rezervy a omezení studií, které sledují efektivitu těchto programů, většina závěrů se shoduje v tom, že intervence jsou pozitivně přijímané jejich účastníky a předběžné výstupy poukazují na podobné pozitivní dopady na děti jako u dospělé populace (Burke, 2010).

Hayesová & Grecová (2008) se v první publikaci o přístupech založených na všímavosti u dětí a dospívajících zmiňuje o tom, že studie všímavosti a přijetí se sice nejprve objevily v klinické praxi, ale stejně jako duchovní tradice, která je s ní spjatá, se rozšířily i do jiných oblastí. Pokud využíváme všímavost v léčbě bolesti, úzkosti či deprese u dětí, napadne nás, zda může všímavost napomoci již v prevenci. Další otázkou může být, jestli ji lze zapojit rovnou do výchovy a vzdělání a přenést i do škol a domovů. A nakonec nás může zajímat, jak by se dala vytvořit celá všímavější kultura. Kulturních změn není jednoduché docílit, ale mohou mít na členy společnosti větší dopad než psychoterapie. Zájem o všímavost nám může ukázat zajímavý organický proces, ve kterém lze pozorovat, jak velký potenciál může mít klinická věda na vytváření kulturní změny (Hayes & Greco, 2008).

8. SPECIFIKA VYUŽITÍ VŠÍMAVOSTI U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Hookerová a Fodorová (2008) popisují, že i když mají děti tendenci většinou fungovat „na autopilota“, bývají často blíže k prožitku všímavosti než dospělí. Čím mladší dítě je, tím spíše se to projevuje, například u jídla: dítě se na jídlo dívá, dotýká se ho, cítí ho na tváři a pak ho teprve ochutná. Malé dítě dělá vše poprvé, stejně jako se člověk snaží zaujmout stav tzv. „mysli začátečníka (beginner's mind)“ při rozvíjení všímavosti. Děti žijí z minuty na minutu, reagují emocionálně na bezprostřední události a stejně rychle nechávají věci být a přechází k dalším zážitkům (Hooker & Fodor, 2008).

Ačkoliv se dlouho předpokládalo, že děti jsou vlastně „malí dospělí“ (Thompson, Gauntlett-Gilbert, 2008), Semplová, Leeová a Millerová (2006) upozorňují na velké rozdíly například na úrovni pozornosti, kognitivních funkcí i mezilidských vztahů (Semple et al.,

2006). Pokud chceme učit děti a dospívající všímavosti, je potřeba se přizpůsobit jejich vývojové úrovni. Ačkoliv není zřejmé, na jaké úrovni musí dítě být, než je možné u něj všímavost systematicky rozvíjet, Thompson a Gauntlett-Gilbert (2008) uvádí, že někteří autoři se odkazují na Piagetovo stádium formálních operací, jiní na stádium konkrétních operací. Věk, odkdy se využívá nácvik všímavosti, se podle realizovaných výzkumů velmi liší. Nejnižší věk je uváděn 7, 9, 12 nebo i 14 let (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). Některé výzkumy a programy se dokonce soustředí již na děti předškolního věku (Saltzman & Goldin, 2008; Burke, 2010; Greenland, 2010a). Na základě literatury uvádí Houtkooperová (1997), že před zahájením meditativních praktik je třeba mít nejprve integrovanou strukturu osobnosti, včetně superega, což je ve shodě s přesvědčením Englera, podle kterého buddhistická praxe předpokládá zdravé a vyvinuté ego (Engler, 2003). „*Jednou jsem se ptal Munindraji³ jak starý musí člověk být, aby mohl zažít osvícení. Řekl, že kolem sedmi nebo osmi let, aby dokázal rozlišit „blahodárné“ (wholesome) činy od „zhoubných“ (unwholesome) (Engler, 2003, p. 48).*

Podle Hookerové a Fodorové (2008) se techniky pro nácvik všímavosti pro děti výrazně neliší od technik pro dospělé. Cvičení mohou být přizpůsobena tak, aby seděla různým věkovým kategoriím a schopnostem. Myšlení dětí je konkrétnější, a proto, by aktivity měly být jasné a konkrétní a pokyny popisnější. Na druhou stranu jsou děti schopné využít vlastní tvořivost a představivost. Pro výuku všímavosti u dětí je lepší začít s kratším meditačním cvičením než u dospělých. Doporučuje se postupovat od konkrétnější pozornosti k vnějšímu prostředí, přes techniky práce s tělem, dále nácvikem pozornosti zaměřené dovnitř, k mysli, a až nakonec přejít k meditačním cvičením (Hooker & Fodor, 2008).

Mezi oblíbené techniky, které se používají nejen s dětmi, patří první cvičení všímavé vnímání rozinky, které využíval Kabat-Zinn ve svých programech (Kabat-Zinn, 1990; Hooker & Fodor, 2010). Vyzveme děti, aby sledovaly rozinku, jako by ji viděly poprvé. Necháme je vnímat a zažít ji postupně všemi smysly a vedeme k tomu, aby vnímaly vlastní prožitky i myšlenky, přijímaly je a nechaly plynout a pozornost vracely k samotnému vnímání předmětu. Od všímavého pozorování, ohmatání, poslouchání a čichání se přesune pozornost až k ochutnání a rozžvýkání a spolknutí (Hooker & Fodor, 2010). Aktivita, která může trvat i několik minut umožní dětem nahlédnout do vlastního nitra během procesu, který obvykle trvá jen vteřiny a ukázat jim, jak je naše mysl často vzpurná. Další techniky a cvičení nabízí ve svých publikacích například Willard (2010) nebo Greenland (2010b).

3 Munindraji, celým jménem Anagarika Munindra, je bengálský učitel meditace Vipassana

9. VŠÍMAVOST V TERAPII DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Stejně jako u dospělých se může všímavost stát důležitým prostředkem i v terapii u dětí. Například Benda (2010, 2011) popisuje, že velký přínos pro terapii může mít všímavost na straně terapeuta. Jedinečnost jejího využití v terapii s dětmi spatřuje Goodman (2005) „v *záměrné a zvýšené schopnosti znovu a znovu se vracet se do přítomného okamžiku s otevřenou a nehodnotící pozorností k prožívání dítěte i k vlastním prožitkům*“ (Goodman, 2005, p. 198). Protože interakce s dětmi není tolik verbální a strukturovaná, musíme v práci s nimi zůstat bdělí k našim vnitřním a prekonceptuálním prožitkům. Svůj pozitivní přínos má všímavost v terapii zejména v tom, že posiluje vnímání přítomnosti a zaměření se na ní. Takový přístup má blíže k dětskému způsobu fungování a vnímání světa a může pomoci terapeutovi lépe se na dítě naladit. Velmi přínosný aspekt související se všímavostí je přijetí, které je pro děti velmi zásadní vzhledem k tomu, jak jsou pro ně vztahy k blízkým důležité. Všímavost může také terapeutovi pomoci lépe přijmout prvek opakování (herních aktivit, rituálů apod.), který se v terapii s dětmi objevuje a který bývá často velmi nudný. S všímavým přístupem může terapeut snadněji udržet zájem a emoční napojení na dítě (Goodman, 2005).

Terapie založené na všímavosti pro dospělé jsou v posledních letech úspěšně upravovány a přizpůsobovány pro využití s dětmi. Vzhledem k tomu, že tyto přístupy využívají zážitkové metody a metafory jsou pro děti dobře uchopitelné. Terapie přijetí a angažovanosti (ACT), Dialektická behaviorální psychoterapie (DBT), Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR) i Kognitivní terapie založená na tréninku všímavosti (MBCT) jsou v určité pro děti přijatelnější podobě využívány v různých programech a studiích (O'Brien, Larson & Murrell, 2008). Zde uvádím příklady, kdy byl vytvořen terapeutický přístup přímo pro děti nebo dospívající.

9.1. Dialektická behaviorální psychoterapie pro dospívající (DBT-A)

DBT pro dospělé byla upravena pro dospívající s hraniční poruchou a jejich rodiny a zaměřovala se na snížení sebevražedných sklonnů a jejich rodiny (Miller, 1999; Miller, Rathus, & Linehan, 2007). Terapeutický program zahrnuje 12 setkání včetně skupinové a individuální terapie, je přizpůsoben kognitivní úrovni dospívajících, takže využívá metafory, příběhy, příklady ze života dospívajících atd. (O'Brien et al., 2008). Současné studie sledují využití tohoto přístupu u jiných poruch a výsledky zatím vypadají slibně (Groves, Backer, van den Bosch, & Miller, 2012).

9.2. Kognitivní terapie založená na všímavosti pro děti (MBCT-C)

Autorky Semplová et al. (2006) upravily tuto terapii pro děti a dospívající. Od běžného programu se tento liší ve třech základních charakteristikách. Děti nemají takovou paměť a pozornost jako dospělí, takže cvičení jsou kratší a častěji se opakují. Místo 20–40minutových meditací jsou v programu obsaženy časté 3–5minutové minimeditace prováděné během každého setkání. U dětí jsou kognitivní schopnosti jako abstraktní uvažování a logická analýza omezené. Proto využívá program při rozvíjení všímavosti zejména metody zážitkové pedagogiky a to různé hry, příběhy a fyzické aktivity. Do procesu léčby je zapojena celá rodina, protože děti jsou především součástí rodinného systému (Semple et al., 2006).

10. VYUŽITÍ VŠÍMAVOST VE VÝCHOVĚ A VZDĚLÁNÍ

Kromě nároků, které na žáky klade studium, přicházejí děti do školy často se zátěží plynoucí z mnoha jiných zdrojů (narušení rodinných vztahů, vrstevnické konflikty, socio-kulturní vlivy a vystavení vlivům ohrožujícím fyzické i psychické zdraví. V závislosti na osobnosti dítěte a jiných jedinečných faktorech mohou být stresory prospěšné, snesitelné nebo nebezpečné pro učení a rozvoj dítěte (Meiklejohn et al., 2012). Jak uvádí Mendelsonová et al. (2010), mladí lidé, kteří žijí v trvalé chudobě nebo na ně působí jiné stresory z prostředí, čelí vážnému ohrožení zdravého vývoje. Dlouhodobé vystavení okolnímu stresu zásadně přispívá k etiologii a přetrvávání internalizovaných i externalizovaných poruch v mládí. Problémy žáků na úrovni ekonomické a sociální často vedou ke zhoršení studijních výsledků, nedokončení školní docházky a negativním sociálním důsledkům. Dítě vystavené chronickému stresu je ohrožené problémy s kognitivní a emoční regulací (Mendelson et al., 2010). Ve Spojených státech například, podle informací Fondu na Obranu dětí, 75 % dětí v posledním ročníku veřejných středních škol nedosahuje v matematice odpovídajícím požadavkům a 60 % nedosahuje očekávané úrovně ve čtení (Biegel & Brown, 2010).

Školy jsou v současné době nuceny tento rozšířený problém řešit. Naučit děti techniky pro zvládání stresu může být zvláště důležité na školách, v jejichž okolí hrozí dětem větší míra stresu (násilné čtvrti, nebezpečné nebo chátrající domy, nedostatek prostředků k uspokojení základních potřeb, rasismus atd.). Napoliová et al. (2005) dokonce uvádí, že využívání relaxace a dalších nástrojů pro snížení stresu je z hlediska vývoje jedince zásadní a musí být nedílnou součástí vzdělávání učitelů a dětí (Napoli et al., 2005).

Meiklejohn (2012) zmiňuje, že trénink všímavého uvědomění umožní žákům pohlížet na vlastní vnitřní a vnější prožitky jako na přítomné, objektivní a reagující spíše než jako

zaměřené na budoucnost, subjektivní a reaktivní. Tyto aspekty nácviku všímavosti podporují adaptivní regulaci emocí, která zahrnuje schopnost být si vědom vlastních emocí, být schopen je vyjadřovat a ovlivňovat intenzitu a trvání vzrušení, které je s emocemi spojené. Rozvíjet tuto dovednost je jedním ze základních cílů sociálně-emocionálního učení. Skrze opakované a úmyslné zaostřování, udržování a přesouvání pozornosti posiluje pravidelná praxe všímavosti schopnost žáků regulovat vlastní pozornost (Meiklejohn et al., 2012) a může vést i ke zlepšení duševní pohody (Bluth, 2012).

Přestože v současné době neexistuje zatím dost metodologicky kvalitních výzkumů, existuje mnoho důkazů, že děti a dospívající můžeme všímavosti naučit (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). Newyorská nezisková instituce Garrison Institute zkoumala využití všímavosti u školních dětí ve věku 5–18 let (Schoeberlein & Koffler, 2005). Na základě sběru dat převážně ve Spojených státech zjistili, že programy, které využívají všímavost, probíhají ve více než 18 školních a komunitních centrech. Vedle toho zaznamenali mnoho dalších, které využívají prvky všímavosti jako součást širších sociálních a vzdělávacích programů. Zpráva uvádí obecné výstupy programů, které zahrnují například zvýšení sebeuvědomění a sebereflexe, posílení emoční inteligence a sociálních dovedností atd. (Schoeberlein & Koffler, 2005).

Do výuky můžeme všímavost, jakožto disciplínu, aplikovat různými způsoby. Lze ji jednak včlenit nepřímou, kdy například učitel rozvíjí vlastní všímavost a uplatňuje všímavé postoje a chování během vyučování. Nebo přímo, kdy se žáci učí všímavé dovednosti a různá cvičení na rozvoj všímavosti skrze připravené programy. Třetí možností je kombinace obou předchozích způsobů (Meiklejohn et al., 2012).

10.1. Všímvé vyučování (Mindful teaching)

Tzv. všímavé vyučování je nezbytnou součástí procesu zařazování všímavosti do primárního a sekundárního vzdělávání. Programy všímavého vzdělávání vychází z myšlenky, že učitelé, kteří jsou trénováni ve všímavosti, zosobňují všímavé chování a postoje, které předávají dále skrze vlastní přítomnost a interakci s žáky. Učitelé mohou rozvíjet svou všímavost nejen ve třídě, ale i v každodenním životě. Jako příklady programů pro rozvoj všímavosti učitelů ve Spojených státech lze uvést například tyto tři základní: Výchova ke zdraví založená na všímavosti (Mindfulness-Based Wellness Education – MBWE); Rozvíjení odolnosti a uvědomění ve vzdělávání (Cultivating Awareness and Resilience in Education – CARE) a Techniky zvládání stresu a relaxace ve vzdělávání (Stress Management and Relaxation Techniques (SMART) in Education) (Meiklejohn et al., 2012).

11. PROGRAMY PRO DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ VE SVĚTĚ

V posledních deseti až patnácti letech bylo v návaznosti na výzkumy všímavosti u dětí vytvořeno mnoho programů pro rozvíjení všímavosti u žáků na základních a středních školách. Zde uvádím některé programy podle přehledu Meiklejohna et al. (2012) a ("Mindfulness Programs", n.d.):

1. **Inner Kids Program** (Greenland, 2013)
(*Los Angeles, Kalifornie; Singapur*)
výzkum programu viz Flook, et al. (2010)
2. **Inner Resilience Program (IRP)**, (The Inner resilience – Tides Center, 2013)
(*New York City, New York; South Burlington, Vermont; Warren, Niles a Youngstown City, Ohio; Madrid, Španělsko*)
3. **Learning to BREATHE** (Broderick, 2013)
(*Pennsylvánie*)
výzkum programu viz Broderick and Metz (2009).
4. **Mindfulness in Schools, Project (MiSP)**, „b.“ program, (Mindfulness in Schools, 2013).
(*Oakland, Kalifornie; Peru; Izrael, Velká Británie*)
výzkum programu viz Huppert a Johnson (2010) a Hennelly (2011)
5. **Mindful Schools** (Mindful Schools, 2013)
(USA)
6. **Mindfulness for Teenagers (IAM Youth Programs)**
(Belgie) (Institute for Attention & Mindfulness, n.d.),
("Mindfulness Programs", n.d).
7. **MindUP** (The Hawn Foundation, 2013)
(USA; Kanada)
výzkum programu viz Schonert-Reichl and Lawlor (2010)
8. **Sfat Hakeshev (The Mindfulness Language)**, (Sheinman, 2009)
(Izrael)
9. **Still Quiet Place** (The Still Quiet Place, 2010)
(Kalifornie)
výzkum programu viz Saltzman and Goldin (2008)
10. **Wellness Works in Schools™** (Kinder Associates LLC, 2013)
(*Lancaster, Reading a Harrisburg, Pensylvánie*)
11. **Stressed Teens** (Stressed Teens, 2012)
(USA)
výzkum programu viz Biegelová et al. (2009)
(Meiklejohn et al., 2012; "Mindfulness Programs", n.d.)

11.1. Inner Kids Program

Pro děti od předškolního věku až do konce základní školy je připraven program, ve kterém se učí takzvané „ABCs – Attention, Balance and Compassion“ (pozornost, rovnováhu

a soucit). Kultivace a rozvoj uvědomování si vnější i vnitřní zkušenosti a prožitků probíhá skrze hru a různé aktivity. Program podporuje laskavost a ohleduplnost k sobě i druhým, trpělivost, velkorysost a vděčnost. Celý program trvá přes osm až dvanáct týdnů v závislosti na věku dětí (Greenland, 2013; "Mindfulness Programs", n.d).

11.2. Inner Resilience Program (IRP)

IRP byl původně navržen jako mimoškolní program pro znovuposílení odolnosti pracovníků školy, rodičů a dětí v dolním Manhattanu. Později vznikl vzdělávací program „Budování odolnosti zevnitř ven“ využitelný pro jakékoliv třídy základních škol. IRP vytváří vhodnější prostředí pro učení skrze nácvik technik založených na všímavosti, které podporují snižování stresu, seberegulaci, pozornost a také pečování o sebe a druhé. Školení je vhodné nejen pro studenty, ale i pro učitele, rodiče, a řídicí pracovníky (The Inner resilience – Tides Center, 2013; "Mindfulness Programs", n.d).

11.3. Learning to BREATHE: A Mindfulness Curriculum for Adolescents

Tento program se soustředí na posilování schopnosti dospívajících regulovat vlastní emoce, která vede ke zlepšení jejich duševního a fyzického zdraví. Techniky, které pracují s všímavostí, slouží k zotřování uvědomění a vedou k porozumění vlastnímu tělu, myšlenkám a emocím, k omezení škodlivých úsudků a ke zlepšení pozornosti a schopnosti zvládat stres. Program je přizpůsoben podmínkám ve školních třídách. Skládá se ze šesti lekcí a poskytuje základ pro každodenní praxi všímavosti (Broderick, 2013; "Mindfulness Programs", n.d).

11.4. Mindfulness in Schools

Tentokrát jde o anglický projekt určený pro teenagery. Program je založený na základních prvcích MBSR/MBCT, které jsou přizpůsobeny věkové skupině. Techniky jako všímavost k dechu, všímavost k myšlenkám a zvuku, všímavý pohyb, různé varianty třímintuového ticha apod., jsou zařazeny během vyučování (Mindfulness in Schools, 2013; "Mindfulness Programs", n.d).

11.5. Mindful Schools

Program Mindful Schools je určen pro žáky soukromých i veřejných základních i středních škol a probíhá po dobu pěti týdnů ve třídě. Soustředí se na rozvoj a posilování dovedností jako pozornost, koncentrace, řešení problémů, zvládání impulzů a snižování stresu. Trénink

podstupují i učitelé a lekce navíc mohou využít také rodiče, vedoucí pracovníci, školní psychologové a další (Mindful Schools, 2013; "Mindfulness Programs", n.d).

11.6. Mindfulness for Teenagers (IAM Youth Programs)

Program Mindfulness for Teenagers (Všímavost pro náctileté) využívá MBCT a MBSR techniky k tomu, aby naučil studenty středních škol zvládat stres a negativní emoce. Techniky založené na nácviku všímavosti mají snížit stres a úzkost a zároveň posílit sebevědomí, pozornost, vědomí sama sebe a emoční odolnost. Program se skládá z osmi lekcí ("Mindfulness Programs", n.d).

11.7. MindUP™

MindUP™ je program uzpůsobený podmínkám školní třídy a určený pro žáky od předškolního věku až po sedmou třídu. Plán se zaměřuje na zlepšení všímavého uvědomění skrze aktivity zaměřené na smyslovou zkušenost, myšlení, emoce a vztahy k druhým. Pěstuje v dětech empatii, laskavost, duševní pohodu a optimismus. Program je vyučován v patnácti setkáních (The Hawa Foundation, 2013; "Mindfulness Programs", n.d). V češtině si o něm lze přečíst v článku Mynářové (2013) na jejích webových stránkách, kde popisuje své zkušenosti z Kanady:

Nahlédla jsem do výuky v mateřské škole, kde si děti s učitelkou povídaly o tom, v jaké části těla se nachází mozek a jak se mohou naučit jej lépe ovládat. Děti dokázaly v kroužku asi dvě minuty posedět se zavřenýma očima a soustředit se na svůj dech. Další třída, kam jsem zavítala, byla třída pro děti se speciálními potřebami. Ve třídě bylo 8 žáků ve věku 9 let, kteří trpěli buď vývojovými poruchami učení, syndromem ADHD nebo i poruchami osobnosti. Přišla jsem na počátek hodiny po velké přestávce, kdy se děti usazovaly do lavic, mnohé ještě se svačinou v ruce a rozjívené po předchozím dovádění. Učitelka je instruovala, aby se posadily se zavřenýma očima a naslouchaly zvuku trianglu, na který jedním úhlozem zazvonila a jehož zvuk se postupně ztrácel a dozníval. Během jediné minuty došlo k přeladění těchto nesoustředěných rozveselených dětí na klidnou třídu, která věnuje pozornost svému učiteli. Tato jednoduchá technika je ve třídě používána jako úvodní rituál zejména po ránu, po velké přestávce a po polední pauze nebo kdykoliv, kdy je třeba žáky zklidnit a obrátit jejich mysl k jedinému podnětu (Mynářová 2013, para. 9).

11.8. Sfat Hakeshev (The Mindful Language)

Tento izraelský program Všímavá řeč (The Mindful Language) je určen pro žáky základních škol a rozvíjí duševní a tělesné uvědomování skrze techniky jako je meditace

všímavosti, vizualizace a jóga. Žáci pracují na zlepšení koncentrace, uvědomění a obrazu sama sebe, schopnosti se učit a snížení stresu a reaktivity ("Mindfulness Programs", n.d).

11.9. Still Quiet Place

Program The Still Quiet Place využívá všímavosti k posílení obecného uvědomění, vnitřního klidu, soucitu, ke zmírňování stresu a emoční reaktivity. Program na osm týdnů je určený pro žáky základních i středních škol ve školním i mimoškolním prostředí, pro rodiče, učitele i dyádu rodič-dítě (The Still Quiet Place, 2010; "Mindfulness Programs", n.d).

11.10. Wellness Works in Schools™ od asociace Kinder Associates LLC

Wellness Works in Schools™ je program pro duševní i fyzické zdraví založený na principech a praxi nácviku všímavosti. Asociace nabízí variantu školní i mimoškolní, pro všechny žáky základních i středních škol, zejména pro studenty s potřebou alternativního nebo speciálního vzdělávání. Žáci mohou pracovat na zlepšování pozornosti, uvědomění sama sebe, emoční rovnováhy, zvládání stresu a posilování sociálních dovedností. V nabídce jsou i programy pro učitele a rodinu (Kinder Associates LLC, 2013; "Mindfulness Programs", n.d).

11.11. Stressed Teens

Tento osmitýdenní program pro náctileté je velmi podobný tradičnímu MBSR programu Jona Kabat-Zinna. Trvá osm týdnů a zahrnuje cvičení a techniky jako uvědomování si těla, meditace chůzí, meditace vsedě, jóga, všímavé psaní domácího úkolu či psaní testu atp (Stressed Teens, 2013; "Mindfulness Programs", n.d).

12. VYUŽITÍ VŠÍMAVOSTI U DĚTÍ V ČESKÉ REPUBLICE

12.1. Satiterapie u dětí

Němcová (2002) popisuje využití individuální i skupinové satiterapie u dětí v Dětské psychiatrické léčebně ve Velké Bíteši od roku 1993 pod supervizí Dr. Frýby a v uvedeném článku předkládá zkušenosti z dvanáctitýdenního programu s devíti dětmi v prepubertálním a pubertálním věku s poruchami chování neurotického a deprivančního charakteru. Skupinu, která se scházela jednou týdně na dvě hodiny, vedla terapeutka se dvěma koterapeuty. Cíl byl stanoven na základě toho, co děti uvedly jako očekávání od jejich pobytu v léčebně a vycházel z psychologických vyšetření. Výsledkem pro všechny účastníky bylo intenzivnější a všímavější prožívání, které postupně směřovalo k reflektovanějšímu jednání, lepší schopnosti pojmenovat prožívané a rozlišovat mezi příjemným a nepříjemným. Všímavější

prožívání napomáhalo lépe chápat rozdíl mezi přirozenou ochranou s pocitem bezpečí ve skupině oproti hyperprotektivnímu a odpovědnost omezujícímu přístupu, který oklešťuje integritu osobnosti. Děti se naučily přijímat vlastní zodpovědnost a posílily sociální citění ve vztahu k druhým, což vedlo k větší soudržnosti, toleranci a klidu ve skupině (Němcová, 2002).

12.2. Všímavost v podmínkách vzdělávání

Z dostupných informací je možné na webových stránkách zahraničních organizací vyčíst, že v České republice se věnuje využití všímavosti ve vzdělávání Kevin Hawkins, který je ředitelem Middle school na International School of Prague. Hawkins je členem neziskové organizace MindWell Foundation, která využívá přístup založený na všímavosti pro podporu mládeže a pracovníků s ní. Hawkins využívá trénink založený na všímavosti u dětí a učitelů na International School of Prague a přednáší na zahraničních konferencích po celém světě. Podílel se na vytvoření programu Still Quiet Place a programu „b“ pro náctileté v rámci projektu Mindfulness in Schools (The MindWell foundation, 2011). Záznam Hawkinsovy přednášky s českým tlumočníkem je možné najít i na webových stránkách (Burian, 2013).

13. MĚŘENÍ VŠÍMAVOSTI U DĚTÍ

Přibývajícím programy založené na všímavosti pro děti a studie, které se jimi zabývají, volají po vývoji dotazníkových metod i pro dětskou a dospívající populaci. Dotazníky vznikly převážně v posledních šesti letech a vychází z metod pro dospělé. V současné době jsou dostupné tři metody (Meiklejohn et al., 2012). **Škála všímavé pozornosti a uvědomování pro dospívající (MAAS-A)**, **Škála všímavosti pro děti a dospívající (CAMM)** a zatím nevydaný dotazník autorů West, Penix-Sbraga a Poole **Škála všímavého myšlení a jednání pro dospívající (MTASA)**, Mindful Thinking and Action Scale for Adolescents), kterou zmiňuje například Brown, Westová, Loverichová a Biegelová (2011) nebo Meiklejohn et al. (2012).

Škálu všímavé pozornosti a uvědomování pro dospívající (MAAS-A), Mindful Attention Awareness Scale – Adolescent; Brown et al., 2011) vyvinuli autoři dotazníku MAAS pro dospělé. Dotazník má celkem 14 položek původního dotazníku (bez položky týkající se řízení automobilu, která nemá u dospívajících smysl). Studie na vzorku 14–18letých dětí potvrdila jednofaktorovou strukturu a vnitřní konzistenci 0,82. Dospívající chlapci dosáhli mírně vyšší skóry než dívky. Ve shodě s dotazníkem pro dospělé, korelovala škála s indikátory duševní pohody a adaptivního fungování. Ve stejném roce vznikla i holandská verze tohoto dotazníku

(de Bruin, Zijlstra, van de Weijer-Bergsma, & Bögels, 2011), která má též jednofaktorovou strukturu a vnitřní konzistenci 0,85 a 0,86. Autoři při vytváření dotazníku očekávali korelaci s níže uvedenou Škálou všímavosti pro děti a dospívající, která se nakonec potvrdila ($r = 0,54$; $p = 0,001$). Dospívající s různými psychiatrickými poruchami dosáhli oproti zdravým nižších skóre všímavosti v obou škálách (de Bruin et al., 2011).

Škála všímavosti pro děti a dospívající (CAMM; Child and Adolescent Mindfulness Measure; Greco, Baer, & Smith, 2011) vychází z Kentuckého inventáře všímavých dovedností (Baer et al., 2004), který měření čtyři aspekty všímavosti. Dotazník má 10 položek, výsledkem je jednofaktorový skóre a autoři uvádí vnitřní konzistenci 0,80 (Greco et al., 2011). Skóre pozitivně korelovaly s kvalitou života, sociálními dovednostmi a akademickým výkonem a negativně korelovaly se somatickými stesky, internalizovanými a externalizovanými symptomy (Greco et al., 2011). Blíže tento dotazník a jeho vývoj popisují v empirické části této práce v kapitole 20.2 Dotazník CAMM.

Nesmíme ovšem zapomínat, že uvědomění (awareness) a přijetí (acceptance) jsou velmi komplexními pojmy, které není jednoduché zachytit sebesposuzující škálou. Pokud někdo není uvědomělý, nemusí si svého neuvědomování sám být vědom a negativní sebesouzení vlastního uvědomění a přijetí ještě nemusí reflektovat celkovou negativní úroveň těchto dovedností. Jak trefně uvádí Ciarrochi, Kashdan, Leeson, Heaven, & Jordan (2011), *„V budoucnu je potřeba rozvíjet více behaviorálně založených nástrojů pro měření všímavosti a přijetí u dospívajících i dospělých“* (Ciarrochi et al., 2011, p. 701).

14. STUDIE PROGRAMŮ PRO DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ

Níže uvádím přehled studií, které sledovaly účinek skupinových programů založených na všímavosti. Vycházím převážně z nejnovějších přehledových studií (Burke, 2010; Meiklejohn et al., 2012; Harnett & Dawe, 2012).

14.1. Studie programů využitých v klinických podmínkách

V případě klinické populace mohou být přístupy založené na všímavosti buď zahrnuty do existujících léčebných procesů, nebo využity jako samostatný prostředek léčby. (Harnett & Dawe, 2012).

14.1.1. Poruchy spánku a léčba nespavosti

V multimodální studii sledoval Bootzin a Stevens (2005) účinnost programu pro 55 pacientů z lokálního odvykacího programu ve věku od 13 do 19 let, kteří trpěli poruchami

spánku. Program postavený na šesti setkáních, která zahrnovala prvky MBSR, léčby nespavosti a kognitivní terapie, vedl ke zlepšení spánku, snížení starostí a duševního přetížení (Meiklejohn et al., 2012).

14.1.2. Dospívající z psychiatrické kliniky a MBCT-T

Další studie sledovala účinnost osmitýdenního programu snižování stresu pomocí nácviku všímavosti pro náctileté (MBSR-T) (Biegel et al., 2009). Zúčastnilo se jí 102 dětí z ambulantní psychiatrické kliniky mezi 14 a 18 roky s různými diagnózami. Sebeuposuzovaná míra stresu, úzkosti a psychopatologických symptomů se u účastníků, kteří prošli programem v post-testu, signifikantně lišila. Výsledky dotazníků s posouzením lékařů potvrdily snížení příznaků úzkosti, deprese, a somatizace, lepší sebeúctu, spánek a zlepšení v celkovém fungování adolescentů v oblasti duševního zdraví (Global Assessment of Functioning scores). Míra účinku (ES) se po ukončení programu pohybovala od mírné ke střední míře ($d = 0,15-0,79$) a s odstupem tří měsíců se zvýšila ($d = 0,28-0,92$) (Biegel et al., 2009).

Tato studie představuje rozumně zvolenou metodologii a analýzu, zahrnující zaslepení na straně posuzovatelů, které dodává studii na objektivnosti, a testování s tříměsíčním odstupem, které ověřuje zachování změn. Studii by mohl posílit rozsáhlejší vzorek, delší časový odstup pro vyhodnocení změn a zařazení specifitější analýzy účinku složky všímavosti mimo efekt skupiny a efekt psychologického vzdělání (Burke, 2010; Mendelson et al., 2010; Meiklejohn et al., 2012).

14.1.3 Dospívající z klinik a MBSR

Sibingová et al. (2011) zrealizovala studii osmitýdenního Programu snižování stresu pomocí nácviku všímavosti pro 33 městských dětí ve věku od 13 do 21 let z klinik pro děti a dospívající z městské univerzitní nemocnice. Mezi absolventy (účastníky) programu bylo nakonec zařazeno 26 dospívajících, kteří absolvovali v průměru 6,9 setkání z 9 (77 %). Všichni účastníci byli Afroameričané, z toho bylo 20 (77 %) dívek; 11 HIV pozitivních; průměrný věk byl 16,8 let. Po absolvování programu byla u účastníků významně snížena hostilita, obecná a emocionální nepohoda. Kvalitativní analýza dat z rozhovorů, které absolvovalo 10 účastníků, z toho 5 osob nakažených HIV, poukázala na pociťované zlepšení v mezilidských vztazích (včetně méně konfliktů), lepší školní prospěch, fyzické zdraví a nižší míra stresu. Rozhovory u podskupiny osob nakažených HIV odhalily zlepšení postojů, chování a péče o sebe (včetně dodržování léčby). Mezi slabiny studie je však nutno zařadit, že chyběla kontrolní skupina, objektivní metody pro měření výstupů, vzorek byl malý

a kvalitativní sebeposouzení mohlo být ovlivněno sociální žádoucností, biasem atd. (Sibinga et al., 2011; Meiklejohn et al., 2012).

14.1.4. Dospívající s rizikem kardiovaskulární poruchy

Harnett & Daweová (2012) zmiňují studii, kterou provedl v roce 2011 Gregoski s kolegy. Šlo o randomizovanou studii, která zkoumala efekt meditace všímavosti k dechu v rámci výchovy ke zdraví pro dospívající. Účastnilo se jí 166 afro-amerických dospívajících, u kterých hrozilo riziko kardiovaskulární poruchy. Program trval dvanáct týdnů a výsledky ukázaly, že meditace uvědomění si dechu oproti Tréninku životních dovedností (Life Skill Training) a Programů výchovy ke zdraví (Health educational programmes) vedla ke snížení krevního tlaku a tepové frekvence (Harnett & Dawe, 2012).

14.2. Využití u zdravých dětí a v prostředí školy

14.2.1. Pilotní studie MBCT-C

V roce 2005 provedla Semplová, Reidová a Millerová (2005) první pilotní studii s dětmi od 7 do 9 let, aby ověřily, zda je možné učit děti všímavosti a zda je pro ně program založený na tréninku všímavosti vůbec přijatelný. Na základě toho, jak šestitýdenní program proběhl, se ukázalo, že techniky založené na nácviku všímavosti mohou být předávány i dětem ve věku 7 let a že je možné začlenit takový program do školního prostředí (Semple et al., 2005).

Výstupní vyhodnocení **Kognitivní terapie založené na tréninku všímavosti pro děti** (Mindful-Based Cognitive Therapy for Children, MBCT-C) přineslo slibné výsledky, které poukazují na snížení problémů s pozorností a zmírnění úzkostných symptomů (Lee, Semple, Rosa, & Miller, 2008). S ohledem na malý vzorek nelze závěry zobecňovat mimo účastníky této studie. Výzkum však položil základ pro další kroky zkoumání v této oblasti (Burke, 2010).

Leeová et al. (2008) popisují otevřenou studii, která využívá program kognitivní terapie založené na tréninku všímavosti pro děti (Mindful-Based Cognitive Therapy for Children, MBCT-C). Dvoufázový program vedený zkušenými instruktory trval 12 týdnů a zúčastnilo se ho 25 zdravých dětí (bez kontrolní skupiny) ve věku 9–12 let. Výsledky ukázali statisticky významně nižší hodnoty v externalizujícím chování u dětí posuzovaném rodiči ($p = 0.04$). V internalizujícím chování a v sebeposuzujících škálách signifikantní změny nebyly. Velikost významnosti (ES) dosahovala hodnot od mírné až po střední míru ($d = 0.19–0.40$). Protože se

jednalo o neklinickou populaci, autoři uvádí, že bylo těžké najít postintervenční změny (Lee et al., 2008).

Slabinou této studie byla především chybějící randomizace a kontrolní skupina, malý vzorek a vliv sebe- a rodičovského posouzení bez pohledu třetí strany. Výsledky nenabízí mnoho kvalitativních důkazů účinnosti programu a výběr klinických metod pro neklinickou populaci je diskutabilní. Na základě kvalitativního hodnocení byl program pozitivně vnímán dětmi i rodiči a zdá se být vhodný a přijatelný pro tuto věkovou skupinu (Burke, 2010).

14.2.2. Programy zaměřené na posílení emocionální a duševní pohody

14.2.2.1. Využití tai-chi a MBSR

Wall (2005) využil pětítýdenní upravený Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR) v kombinaci s Tai-Chi k intervenci na jedenácti veřejných školách s dětmi ve věku 11 až 13 let. Děti uváděli větší pocit klidu, nižší reaktivitu, zesílený pocit duševní pohody, relaxace a zlepšení spánku (Wall, 2005, Meiklejohn et al., 2012).

14.2.2.3. Program Learning to Breathe pro dívky

Další, tentokrát nerandomizovanou pilotní studii provedly Brodericková a Metzová (2009) mezi dívkami na 137 středních školách. Využily program Naučit se DÝCHAT (Learning to BREATHE). Ve srovnání se 17 žáky ze třetího ročníku, kteří sloužili jako kontrolní skupina, vykazovala skupina 120 žáků čtvrtého ročníku, která podstoupila program, známky nižší míry negativních emocí, únavy, bolesti a nárůst emoční regulace, pocitů klidu, relaxace a sebedůvěry (Broderick & Metz, 2009; Meiklejohn et al., 2012).

14.2.2.3. Program s prvky všímavosti a jógy

Mendelsonová et al. (2010) provedla s kolegy pilotní randomizovanou kontrolovanou studii programu s prvky všímavosti a jógy. Cílem bylo vyhodnotit vhodnost a přijatelnost intervence a posoudit možný vliv na zlepšení základních oblastí fungování u dospívajících ze znevýhodněného prostředí. Studie se zúčastnili žáci 4. a 5. ročníků základních škol z Baltimore City ($n = 98$), a to 55 čtvrtáků průměrného věku 9,7 let a 42 pátáků v průměrném věku 10,6 let. Z toho bylo 59 (60,8 %) dívek. Dvě školy (51 žáků) byly náhodně vybrány pro dvanáctitýdenní program, žáci dvou dalších škol (56 žáků) sloužili jako kontrolní skupina náhradníků a nepodstoupili program před dokončením pilotní studie (Mendelson et al., 2010).

Účastníci absolvovali program pro nácvik všímavosti, který trval 45 minut v průběhu vyučování (ale mimo dobu výuky) vždy čtyři dny v týdnu po dobu 12 týdnů a probíhal pod vedením dvou zkušených lektorů. Program zahrnoval jógová cvičení, techniky dýchání

a vedený nácvik všímavosti. Autoři využili dotazník The RSQ Involuntary Engagement Scale, který sleduje aspekty týkající se automatického a fyziologického stresu a seberegulační reaktivity. Z hodnocení žáků i učitelů jednoznačně vyplynulo, že program je jak vhodný, tak i přijatelný. Kvantitativní analýza programu ukázala zlepšení ve třech subškálách: přemítání (rumination) ($p < 0.01$), dotěrné myšlenky ($p < 0.05$) a emoční vzrušení ($p < 0.01$). Tento výzkum podporuje poznatky dřívejších výzkumů, které naznačují, že přístupy založené na všímavosti mohou být prospěšné zejména v posílení lepší reakce jedince na stres (Mendelson et al., 2010).

14.2.1.4. Všímavá výchova (*Mindful education*)

Schonert-Reichlová a Lawlor (2010) provedly studii, která sledovala vliv programu Výchova k všímavosti (Mindfulness Education – ME). Do studie byli zapojeni žáci 4.– 6. tříd ze dvanácti základních škol. Třídy byly náhodně rozděleny do dvou skupin – šest tříd absolvovalo program (ME program group; $n = 139$; 70 chlapců, 69 dívek), šest tříd bylo kontrolních (control group, $n = 107$; 57 chlapců, 50 dívek). Průměrný věk účastníků byl 11,43 let ($SD = 1,07$) v rozsahu mezi lety 9,42 a 13,49. Program, který žákům předával učitel postupující též výcvik ve všímavosti, se skládal ze čtyř složek: zklidnění mysli, všímavá pozornost (k počítkům, myšlenkám a pocitům), zvládání negativních emocí a myšlenek, a přijetí sebe i druhých. Srovnání pre- a postintervenčních dotazníků ukázalo, že se u žáků, kteří podstoupili program, zvedl optimismus a zlepšili se sociální a emocionální dovednosti posuzované učiteli. Statisticky významný vliv na sebepojetí a afekt nebyl prokázán (Schonert-Reichl & Lawlor, 2010; Meiklejohn et al., 2012).

14.2.1.5. Všímavost ve školách (*Mindfulness in Schools*)

Huppertová a Johnson (2010) uvádí výstupy pilotního programu „b“ se 14 a 15letými chlapci, který byl realizován v rámci projektu Všímavost ve školách (Mindfulness in Schools Project). Čtyřtýdenní trénink všímavosti provedený na dvou různých chlapeckých ukázal signifikantní vliv na všímavost, odolnost a duševní pochodu u žáků, kteří pravidelně doma prováděli desetiminutovou praxi (Huppert & Johnson, 2010).

Hennelly (2011) potom v roce 2011 v rámci své diplomové práce sleduje 68 dětí ve věku 14–16 let, které se účastnily celého osmitýdenního programu „b“. Významné rozdíly mezi účastníky programu a kontrolní skupinou po stránce všímavosti, odolnosti a duševní pohody, přičemž dlouhodobé účinky se ukázaly jako vyšší. Lepší motivaci, důvěru, vyšší kompetence a efektivitu popisovali studenti, učitelé i rodiče (Hennelly, 2010).

14.2.1.6. Program založený na všímavosti v Hong Kongu

Lauová a Hue (2011) provedli pilotní kontrolovanou studii, která sledovala program založený na všímavosti realizovaný na školách v Hong Kongu. Programu se účastnilo 24 dětí ze dvou středních škol ve věku 14 až 16 let s horším školním prospěchem, kontrolní studii tvořil stejně velký vzorek. U dospívajících, kteří absolvovali program, došlo k výraznému snížení příznaků deprese a významnému zvýšení duševní pohody (Lau & Hue, 2011).

14.2.2. Programy zaměřené na podporu učení

14.2.2.1. Rehabilitační program pro nápravu čtení a MBCT-C

Randomizovaná kontrolovaná studie (Semple et al., 2010) zkoumala dvanáctitýdenní program využívající Kognitivní terapii založenou na tréninku všímavosti pro děti (MBCT-C). Programu se zúčastnilo 25 dětí s oslabenými dovednostmi ve čtení mezi 9. a 12. rokem, které se přihlásily do rehabilitačního programu pro nápravu čtení (clinic-based remedial reading program). Žáci byli rozděleni do terapeutické a kontrolní skupiny. Ve srovnání s kontrolní skupinou, vykazovali účastníci programu signifikantně nižší míru problémů pozornosti posuzovanou rodiči. U úzkostnějších dětí se míra úzkosti statisticky významně též snížila. Podle popisu rodičů také došlo ke snížení problémů se zvládáním vzteku a ovládáním vlastního chování (Semple et al., 2010; Meiklejohn et. al., 2012).

14.2.2.2. Program „MindUP“

Schönert-Reichlová a Hymelová (2007) zkoumaly efektivitu programu "MindUP", který rozvíjí procesy pro podporu duševní pohody skrze sociální, emocionální a seberegulační techniky, včetně cvičení zaměřených na všímavosti. Učitelé uváděli zlepšení v chování, pozornosti a soustředění u dětí ve věku 9 až 13 let (Schonert-Reichl & Hymel, 2007).

14.2.2.2. Programu snižování stresu pomocí nácviku všímavosti pro rodiče s dětmi

Saltzmanová a Goldin (2008) podávají zprávu o upraveném Programu snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR) s neklinickým vzorkem 31 dětí ve 4.–6. ročníku, které se zúčastnily programu spolu s rodiči (Saltzman & Goldin, 2008). Učitelé byli zkušení instruktoři a design zahrnoval kontrolní skupinu. Burkeová (2010) uvádí, že závěrečná analýza byla publikována neúplná, nicméně předběžné závěry, které vychází z vyhodnocení sebeposuzujících škál, z hodnocení rodičů a z objektivních měření pozornosti poukazují na proveditelnost a zlepšení pozornosti rodičů i dětí, zlepšení emoční reaktivity a některých složek meta-kognice. Podrobnější popis užitých sebeposuzujících škál, jejich validity, výsledků a další detaily nebyly v publikaci popsány. Omezením byl především malý vzorek,

neuvedená randomizace, potenciaální zkreslení ze strany rodičů a málo objektivních metod a chybějící pohled třetí strany (Saltzman & Goldin, 2008; Burke, 2010).

14.2.2.3. Cvičení všímavého uvědomění (MAPs)

Flooková et al. (2010) provedla randomizovanou kontrolovanou studii osmitýdenního programu Cvičení všímavého uvědomění (MAPs) u dětí ve druhých a třetích třídách na základní škole při univerzitě v Los Angeles ($n = 64$, průměrný věk (M) = 8,23 let. Děti byly náhodně rozděleny do skupiny, která se účastnila programu MAPs ($n = 32$) a kontrolní skupiny tvořené náhradníky ($n = 32$). Autoři sledovali především vliv programu na exekutivní funkce u dětí a vycházeli z posouzení rodičů a učitelů. Ačkoliv se neprojevil účinek skupiny, děti s nižší úrovní exekutivních funkcí, které se účastnily programu, vykazovaly signifikantní zlepšení na úrovni exekutivních funkcí oproti kontrolní skupině (Flook et al., 2010; Meiklejohn et al., 2012).

14.3. Programy pro pečující osoby

Vedle programů zaměřených přímo na děti a dospívající, existují i programy určené pro rodiče a pečovatele. Tyto programy se mají dobrý vliv nejen na rodičovské fungování, ale ukazují i pozitivní dopady na děti samotné (Harnett & Dawe, 2012). Harnett & Daweová (2012) se například podíleli na evaluaci intenzivního programu, který probíhal v domácím prostředí a zaměřoval se na problémy rodiny, jako emocionální desregulace, psychopatologie matek a zneužívání návykových látek. Program, nazvaný Rodiče pod tlakem (Parents under Pressure, PuP), vychází z předpokladu, že citlivé a vnímavé rodičovství vyžaduje rozvinuté dovednosti v regulaci emocí, které bývají oslabené především u rodičů se zneužitím, závislostmi či psychopatologií v anamnéze. Studie ukazují, že programy přispívají ke snížení pravděpodobnosti zhoršení nálady u matek, rodičovského stresu a zneužívání dětí (Harnett & Dawe, 2012). Další studií, která využívá všímavost v práci s pečujícími osobami, popisuje například Coatsworth et al., (2010).

15. SHRNUÍ A ZHODNOCENÍ PROGRAMŮ

Současné výsledky studií, které se týkají programů a intervencí založených na všímavosti pro děti a dospívající jsou omezené především malým vzorkem, designem a metodami měření. Obecně lze říci, že výzkumné metodologie se stále vyvíjí a chybí dostatečná přesnost, což oslabuje validitu většiny výzkumů. Nicméně výše uvedené studie ukazují, že programy založené na nácviku všímavosti pro děti a dospívající jsou uskutečnitelné a pro tuto populaci

přijatelné. Zjištění navíc potvrzují, že přístupy, které využívají všímavost, mohou být pro děti a dospívající přínosné. Z nekontrolovaných i randomizovaných kontrolovaných studií vyplývají zlepšení po stránce kognitivní (př. exekutivní funkce, pozornost), v oblasti duševního zdraví (př. úzkost, deprese, stres) i mezilidských vztahů. Nedostatkem současných výzkumů jsou především chybějící kontrolní podmínky. Přestože výzkumy těchto programů pro děti jsou stále omezené a teprve se rozvíjí, předběžné výsledky rozhodně podněcují k dalšímu a přesnějšímu bádání (Burke, 2010; Meiklejohn et al., 2012). Neopomenutelným cílem dalších výzkumů by mělo být především lepší porozumění mechanismům změny. A pokud se přístupy založené na všímavosti pro děti podaří zaměřit i na širší okruh než jen samotné dítě a jeho rodinu může všímavost přispět ještě k lepšímu fungování dítěte i rodiny (Harnett & Dawe, 2012).

III. PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU

16. CHARAKTERISTIKA PORUCHY POZORNOSTI A AKTIVITY

Jednou z nejobvyklejších dětských psychiatrických poruch (Milea & Cozman, 2012) je právě porucha pozornosti a aktivity (ADHD, hyperkinetická porucha). Cílem této práce není a nemůže být přiblížení celé problematiky této poruchy. Pokusím se však stručně uvést aktuální poznatky, které jsou pro mou práci stěžejní. Pro bližší informace uvádím v textu odkazy na další literaturu.

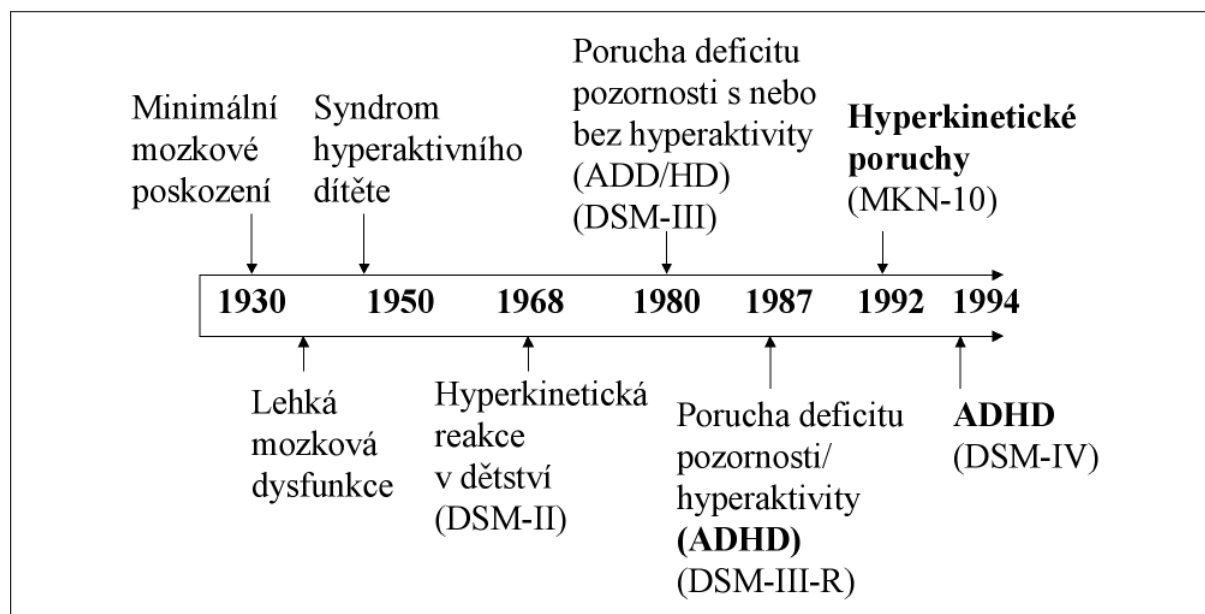
16.1. Definice ADHD

ADHD z anglického **Attention Deficit Hyperactivity Disorder** (dále zkráceně ADHD) označuje poruchu pozornosti s hyperaktivitou, kterou v českém prostředí podle Mezinárodní klasifikace nemocí (2013) zařazujeme mezi hyperkinetické poruchy. MKN-10 rozděluje hyperkinetické poruchy (zkratka HKP) na dva typy: **porucha aktivity a pozornosti** a **hyperkinetická porucha chování** (MKN-10, 2013). Původně anglická zkratka ADHD, která vychází z klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace, se u nás ovšem používá stále častěji (Drtílková, 2007). DSM-IV rozlišuje tři různé subtypy: **ADHD typ s převahou poruch pozornosti neboli ADD**, **A/HD typ hyperaktivně impulzivní** a **ADHD typ kombinovaný** (Drtílková, 2007).

Kritéria pro ADHD jsou mírnější než kritéria pro hyperkinetickou poruchu. Diagnózu může mít i dítě, které trpí jen poruchami pozornosti, bez hyperaktivity a impulzivity, anebo

hyperaktivitou a impulzivitou bez poruch pozornosti. **Porucha aktivity a pozornosti** odpovídá **kombinovanému podtypu ADHD**, diagnóza **Hyperkinetická porucha chování** by odpovídala kombinovanému podtypu ADHD s **komorbidní poruchou chování** (Theiner, 2012), nicméně ekvivalent naší hyperkinetické poruchy diagnóza ADHD nezahrnuje (Drtílková, 2007). **Hyperkinetická porucha chování** F 90.1 musí navíc splňovat všechna kritéria jak pro F 90 poruchu aktivity a pozornosti, tak pro F 91 poruchy chování (Příloha 1) (Malá, 2008). Školská poradenská zařízení i školy běžně pracují s termínem ADHD, což berou v úvahu mnohdy i dětské neurologové (Zelinková, 2003) a s pojmem pracují v literatuře i psychiatři (Theiner, 2012), proto budu v této práci užívat pojem ADHD, případně syndrom ADHD (v empirické části této práce).

Porucha se v české literatuře minulého století objevuje pod různými pojmy, pro přehled uvádíme jednoduché schéma (Obrázek 1), které uvádí Hrdlička (2007). V přehledu je jako poslední uveden rok 1994. V dalších letech dochází k aktualizacím a revizím obou diagnostických systémů (v roce 2004 a 2013 aktualizace MKN-10; v roce 2000 vychází revidovaná verze DSM IV-TR), název diagnózy se však už nemění. V současné době již existuje i páté vydání DSM (DSM-V), které vyšlo letos v květnu. Zahrnuje některé změny v diagnóze ADHD: diagnózu ADHD u dospělých za splnění stejných kritérií jako u dětí (stačí jich však jen 5 na místo 6), věk pro objevení symptomů ADHD posouvá na 12 let místo 7 atd (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder; 2013). Protože toto vydání vyšlo v průběhu psaní této práce, vycházíme dále z revidované verze čtvrtého vydání (DSM IV-TR).



Obrázek 1 - Vývoj pojmů a konceptů hyperkinetické poruchy/ADHD dle Hrdličky (2007)

16.2. Projevy ADHD

ADHD je v současné době v diagnostických systémech MKN-10 a DSM-IV-TR popsané skrze symptomy, tedy projevy chování, které musí splňovat určitá kritéria, aby byla diagnóza stanovena. Mertin (2004) ve svém článku přibližuje i tzv. nekategoriální přístup, který bere více v úvahu i kontext, ve kterém se chování odehrává. Podle tohoto přístupu závisí problémovost chování ve velké míře na prostředí, době i posuzovateli. Nekategoriální přístup připouští, že za určitých okolností se každý může chovat jako jedinec s ADHD (Mertin, 2004).

Z hlediska diagnózy je potřeba všimnout si, zda se objevuje v určité míře a po určitou dobu vývojově nepřiměřený stupeň pozornosti (poruchy pozornosti), hyperaktivity a impulzivity, případně poruchy chování. Podrobnější symptomy jednotlivých typů ADHD a HKP jsou uvedeny v diagnostických kritériích (Příloha 1).

16.2.1. Projevy ADHD z hlediska vývoje

Uvedené oslabení na úrovni pozornosti, motorické aktivity a impulzivity se v různých obdobích věku dítěte projevuje různě. Novorozenci a kojenci mívají mírně nepravidelný režim spánku, bdělosti, krmení či pláče oproti určitému pravidlenějšímu rytmu, který malé děti obvykle mívají. U kojenců a batolat se mohou objevit změny nálad, narušené sebeovládání, zvýšený neklid a živost, nevyrovnaný psychomotorický vývoj a někdy i horší vztahy s rodiči a vrstevníky. U předškolních dětí nemusí zvýšená aktivita a nepozornost znamenat diagnózu ADHD, pokud však projevy přetrvávají, dítě má motorický neklid, menší výdrž u her, sklon k podrážděnosti, hněvu a vzdorovitosti a problémy v sociální adaptaci, potom již můžeme hovořit o možných projevech ADHD. Zcela zásadním mezníkem je vstup dítěte s ADHD do školy, která klade velké nároky na pozornost, kázeň a seberegulaci, takže projevy poruchy se často projeví velmi významně. Děti často trpí i komorbidními poruchami učení, které jim práci ve škole ještě ztěžují a mohou vést až ke studijnímu selhávání. Děti s ADHD bývají méně citově vyzrálé, takže mohou snáze podléhat rozladám, podráždění, návalům vzteku či pláče a mohou se tak stát terčem šikany či posměchu spolužáků. Neúspěch studijní i sociální může vést ke sníženému sebehodnocení, úzkostem či dalším přidruženým poruchám. V období dospívání se může motorický neklid trochu snížit, poruchy pozornosti většinou zůstávají, vedle nich se mohou objevit i problémy na úrovni exekutivních funkcí (plánování, organizace atd.), ale míra pozornosti i další kognitivní funkce se vyvíjejí a proměňují, takže může dojít k relativní stabilizaci. Někteří jedinci si na základě zkušenosti obvykle vytvoří různé kompenzační mechanismy, vědí, jak si mají zařídit podmínky, aby se jim lépe pracovalo, a zmírnili dopady oslabení. Některé strategie bývají funkční (např. vedení

diáře, sport, meditační techniky), jiné dysfunkční (prokrastinace, extrémní kuřáctví atd.) (Theiner, 2012). K emoční dysregulaci se v tomto věku může přidružit agresivní a delikventní chování, experimenty s drogami, alkoholem, zvýšený zájem o hazardní hry či vyšší úrazovost (Theiner, 2012; Goetz & Uhlíková) a jejich výskyt může posílit například nedostatečná péče a nevhodné výchovné působení ze strany rodiny a/nebo školy.

Dříve se předpokládalo, že ADHD jako porucha způsobená nezralostí CNS vymizí během dospívání. Výzkumy v současné době ukazují, že porucha přetrvává do dospělosti zhruba u 31–66 % pacientů (Munden & Arcelus, 2002), Paclt (2007c) uvádí 40–45 %, záleží tedy na diagnostických kritériích. Hyperaktivita se může s věkem zmírnit, zůstává obvykle narušení pozornosti a exekutivních funkcí (Paclt, 2007c; Theiner, 2012). Dalším významným symptomem, který se výrazně objevuje i v dospělosti je dysregulace emocí, která je od vydání DSM-II z roku 1968 oddělena od jádrových symptomů a projevuje se jako nízká frustrační tolerance, netrpělivost, snadné rozzlobení a obecná zvýšená rozrušitelnost emocemi (Theiner, 2012).

16.3. ADHD v podmínkách českého školství

Jak jsem již uvedla výše, nástup do školy znamená ve vývoji dítěte s ADHD zásadní moment a školní prostředí hraje v jistém smyslu citlivější roli než u dítěte bez ADHD (Ptáček, 2007). *„Při tradičním systému výuky, který není příliš přátelský tělesným ani psychickým potřebám dětí, působí projevy ADHD fakticky mnohem výraznější problémy než na louce, na hřišti nebo doma. Tento přístup školství spolu s poměrně jednostrannou orientací na výkon u všech dětí uvedené příznaky zesiluje nebo v některých případech dokonce způsobuje“* (Mertin, 2004, s. 58). Děti s ADHD jsou u nás od začátku devadesátých let ve školství zařazovány do kategorie žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Používaný termín specifická porucha chování (SPCH), podobně jako specifické poruchy učení, zdůrazňuje specifické příznaky v chování (nepozornost, změna aktivity atd.) (Mertin, 2004). Školský zákon (zákon č. 561/2004 Sb., § 16) řadí ADHD mezi tzv. vývojové poruchy chování a spolu s vývojovými poruchami učení (VPU), mentálním, tělesným a smyslovým postižením, vadami řeči a autismem jsou zahrnuty do kategorie zdravotního postižení. Ze zákona pro tyto děti plyne právo na vzdělávání, které odpovídá jejich potřebám a možnostem, které zajišťuje školské poradenské zařízení viz také Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (2005) a její aktualizace Vyhláška č. 147/2011 Sb. (2011).

Diagnóza je tedy často stanovovaná pro účely vzdělání, protože umožňuje školám k dítěti přistupovat specificky, vypracovat individuální plán a současně v případech integrace žáka získat i finanční příspěvek (Mertin, 2004). Stanovit diagnózu a vydat podnět k integraci mohou jen školská poradenská zařízení a v nich působící psychologové a speciální pedagogové. V současné době si některé poradny pro stanovení ADHD vyžádají vyjádření dětského psychiatra či neurologa. Zprávy z jejich vyšetření jsou bez opory ve zprávě ze školského zařízení ovšem bezvýznamné.

16.4. Prevalence

Malá (2008) uvádí, že tyto poruchy se objevují u chlapců častěji než u dívek (3–6:1). Celosvětová prevalence je v rozmezí 3–9 %, nicméně odhad je kvůli diagnostické nejednotnosti velmi rozporuplný. Malá dále shrnuje výsledky rozsáhlá transkulturní studie z roku 2007 (Polanczyk & Rohde, 2007), která sledovala prevalenci ADHD/HKP do 18 let věku. Výsledky vypovídají, že není rozdíl mezi a) Severní Amerikou a Evropou a b) mezi Jižní Amerikou, Afrikou a Středním Východem. Ukázalo se však, že mezi geografickými celky je rozdíl, a tedy, že v Evropě a Severní Americe je mnohem vyšší prevalence (Malá, 2008). Autoři studie však sami uvádí, že rozdíly mohou být způsobeny i charakterem studií a jejich značnou metodologickou nejednotností. Globální celosvětová prevalence ADHD/HKP byla vypočtena na 5,3 %. Přičemž prevalence u ADHD na základě kritérií DSM-IV je vyšší než výskyt hyperkinetické poruchy (HKP) na základě kritérií MKN-10. (Polanczyk & Rohde, 2007).

16.5. Komorbidita

K diagnóze ADHD jsou již od útlého věku často přidružené různé další poruchy. Nejčastěji jde o poruchy chování (porucha opozičního vzoru a porucha chování), úzkostné poruchy, poruchy nálad a zneužívání návykových látek či závislost. K psychiatrickým komorbiditám se často přidávají ještě specifické poruchy učení a poruchy sociálně-emocionálního vývoje, poruchy exekutivních funkcí a problémy v oblasti sociálních dovedností, které mohou vést až ke zvýšené míře výskytu poruch autistického spektra (Zylowska, Smalley & Schwartz, 2009). Pacit (2007b) podotýká, že děti s ADHD trpí častěji strabismem, zhoršenou motorickou koordinací, častějším výskytem opakovaných infekcí horních cest dýchacích, alergií a astmatem, enurézou a bývají náchylnější k úrazům. Mezi časté přidružené příznaky patří také velká variabilita výkonnosti při plnění různých úkolů, domácích i školních (Pacit, 2007b).

16.6. Etiologie ADHD

Přestože je etiologie ADHD zatím celkem neobjasněná (Paclt, 2007a), můžeme říci, že porucha pozornosti s hyperaktivitou je klasickým příkladem bio-psycho-sociální poruchy (Munden & Arcelus, 2002). Na jejím vzniku se podle současných výzkumů podílí převážně dědičnost, zároveň ale i faktory neurobehaviorální, psychosociální a vlivy prostředí (Zylowska et al., 2009). K vysvětlení původu této poruchy existují také různé výzkumné modely, z nichž nejčastěji užívané jsou následující. **Kognitivní model**, který upozorňuje na chybný informační proces, kde nejvíce zasažené funkce jsou pracovní paměť, sebeovládání afektivně-motivačního nabuzení, internalizace řeči a plánování a reorganizace činnosti, **neurobiologický model**, jež poukazuje na vzájemné funkční souvislosti CNS, a dále například **genetický a biochemický model** (Paclt, 2007a).

16.6.1. Genetické faktory

Výzkumů v oblasti genetického vlivu na vznik ADHD v současné době stále přibývá. Faraone et al. (2005) provedl studii, která shrnovala výsledky 20 různých výzkumů sledujících vliv dědičnosti na vznik ADHD u dvojčat. Uvádí průměrný odhad vlivu heritability na výskyt poruchy až na 76 %, což poruchu zařazuje mezi psychiatrické poruchy s největším podílem dědičnosti (Faraone et al., 2005). Paclt (2007a) později uvádí, že číslo kolísá mezi 75–98 %, Šerý (2007) dokonce shrnuje podíl heritability u hyperkinetické poruchy podle výzkumů mezi 39 % až 91 %. Velmi tedy záleží na kritériích výzkumu.

Hyperkinetický syndrom je až 5x častější u příbuzných s ADHD v první linii než u kontrolní skupiny rodin zdravých dětí (Paclt, 2007a). V poslední době se s rozvojem molekulární psychiatrie objevuje stále více asociačních studií (case control study), které srovnávají kontrolní soubory osob se soubory osob s hyperkinetickou poruchou z hlediska frekvence polymorfismů, tzv. kandidátních genů. Ukazuje se, že ADHD je polygenní onemocnění, podmíněné různými kandidátskými geny. Z výzkumů nicméně vyplývají konzistentní výsledky pouze u některých genů (DRD4, DAT, DRD5, DBH, 5HTT, HTR1B, SNAP25), u ostatních genů jsou zatím nejasné (Faraone et al., 2005; Paclt et al., 2007), ale vzhledem k vývoji technologií výzkumu lze předpokládat, že do deseti let se poznatky v této oblasti mouhou značně posunout (Šerý, 2007).

16.6.2. Faktory prostředí

Nejen genetické faktory mohou ovlivnit vznik ADHD. Šerý (2007) uvádí jako rizikové negenetické faktory například nízkou porodní váhu, perinatální hypoxii, traumata mozku nebo

vliv toxických látek (alkohol, olovo, cigaretový kouř) v prenatálním období. Některé děti mohou být také ovlivněny potravinovými aditivy a alergenními potravinami (Šerý, 2007).

16.6.3. Psychosociální faktory

Podle rozsáhlých biologických studií se zdá, že prostředí má na vznik choroby menší podíl než dědičnost. Nicméně i když stále přibývá studií, které potvrzují velkou míru dědičnosti ADHD, nesmíme opomínat fakt, že v podobných výzkumech je velmi problematické sledovat intervenující proměnné prostředí a výchovy, mimo jiné například vliv socializace v prvních momentech života dítěte i později atd. U studií na dvojčatech je třeba si uvědomit, že dvojčata (a jednovaječná více než dvojvaječná) často sdílí i velmi podobné podmínky, které je formují. A také rodina vytváří určité prostředí, které, kromě stejné genové výbavy, jednotlivé členy ovlivňuje (Joseph, 2009). K vysvětlení poruchy zatím nestačí samotné genetické nebo psychosociální faktory, ale nabízí se vzít v úvahu obojí (Singh, 2008). Psychosociální faktory zřejmě mohou u geneticky predisponovaných jedinců k projevům poruchy ADHD přispět (Joseph, 2009).

16.7. Neurospecifika ADHD

Díky zobrazovacím metodám je v současné době možné sledovat, zda se některé struktury mozku u jedinců s ADHD liší. Paclt (2007a) uvádí výsledky studií, že již u malých dětí se objevují nespecifické abnormality v oblasti prefrontálního kortexu, bazálních ganglií a kalózního tělesa (Paclt, 2007a).

Studie, které zkoumaly patogenezi hyperkinetické poruchy, objevily rozdíly ve velikosti jednotlivých oblastí mozku mezi skupinou osob s ADHD a kontrolní skupinou. Téměř všechny studie u ADHD vzorku potvrzují menší frontální lalok nebo pravý prefrontální kortex, menší pravý nebo levý globus pallidus, zmenšení celkového mozkového objemu, zmenšený nucleus caudatus (zejména vpravo) a mozečkový vermis (Šerý, 2007). Nálezy zobrazovacích metod se nicméně trochu liší a jejich zobecnění bývá kvůli malému vzorku sporné (Kašpárek, Theiner, & Fiřová 2013).

K zajímavým výsledkům dospěli vědci z Národního Institutu Duševního zdraví (National Institute of Mental Health - NIMH) a Univerzity McGill, kteří ve své studii z roku 2007 vůbec poprvé referují o tom, že jejich vzorek 223 dětí a adolescentů s ADHD vykazoval ve srovnání se zdravou populací značné opoždění ve vývoji mozkové kůry. Rozdíl byl patrně nejmarkantnější v oblasti střední prefrontální kůry, kde skupina s ADHD „dohnala“ skupinu intaktní až po pěti letech. Tato oblast mozku podporuje mnohé kognitivní funkce jako je

schopnost utlumit nevhodné reakce či exekutivní kontrola pozornosti a pracovní paměť (Shaw et al., 2007).

Z nálezů zobrazovacích metod vyplývá, že zřejmě existuje několik odlišných vzorců poruch, které se projevují podobným klinickým obrazem, respektive k velmi podobnému obrazu může vést dysfunkce v různých funkčních systémech. Podrobnější anatomická, biochemická a farmakoterapeutická specifika čtyř různých subtypů uvádí například Paclt (2007a). Studie také ukazují, že odlišnosti u dospělých s ADHD se od nálezů u dětí liší. Důvody jsou však zatím nejasné vzhledem k nedostatku údajů (Kašpárek et al., 2013). Leo a Cohen (2009) upozorňují na značné rozdíly mezi výsledky zobrazovacích metod, varují před zjednodušením a shrnují, že v současné době zatím nemáme dostatek spolehlivých a konzistentních poznatků o jedné nebo více neuroanatomických oblastech, které by odpovídaly ADHD (Leo & Cohen, 2009).

17. DIAGNOSTIKA

ADHD řadíme mezi tzv. spektrální poruchy, vzhledem k tomu, že symptomy poruchy se pohybují na určitém kontinuu (Drtilková, 2007). Tomu odpovídají i rozdílná americká a evropská diagnostická kritéria (Příloha 1).

Psychologické vyšetření vyžaduje především odbornost a zkušenost na straně psychologa, který toto vyšetření provádí, protože jde o velmi komplexní proces (Ptáček, 2007b). Nedílnou součástí vyšetření je klinická část, která zahrnuje **rozhovor s rodiči a dítětem** (vytvoření komplexní anamnézy – zdravotní, psychiatrické, psychologické, studijní, osobní a rodinné), **zhodnocení školního výkonu** od mateřské školy až dodnes a **záznam pozorování dítěte**. Na základě těchto informací je potom třeba navrhnout další postup a vybrat vhodné testové metody. Mezi nejčastější metody v diagnostice hyperkinetického syndromu (ADHD) užívané v České republice jak uvádí Ptáček (2007b) patří **inteligenní testy** (WISC-III), **testy pozornosti** (Číselný čtverec, Bourdonův test, Test koncentrace pozornosti, Test cesty, Test pozornosti D2). Dále je možné využít některé přeložené **posuzovací škály chování** (dotazníky Connersové – verze pro rodiče a učitele, v zahraničí užívají např.: ADHD Rating Scale IV – Home/School Version, Child Attention Profile atd.), případně posuzovací škálu exekutivních funkcí, např. Hodnocení exekutivních funkcí u dětí (Ptáček, 2011). Doporučují se i další testy, které mohou sledovat například **percepce, paměť, sociální dovednosti, jazykové schopnosti** apod. Systematické vyšetření nám může podat informaci o dosaženém

vývojovém stupni dítěte, upozorňuje na rezervy a oslabené oblasti a může pomoci připravit individuální plán a návrhy na další terapeutické postupy a intervence (Ptáček, 2007b).

18. LÉČBA A TERAPIE

Možnosti intervence u ADHD jsou široké, od medikace (stimulancia, nootropika, antidepresiva, antipsychotika) přes psychosociální péči (behaviorální terapie, KBT, rodinná terapie, trénink sociálních dovedností), individuální terapii, koučování po doplňkové či alternativní přístupy (neurofeedback, dietní úpravy a různé intervence zaměřené na tělo a duši). Standardní postup v případě léčby ADHD většinou zahrnuje medikaci či behaviorální terapii, popřípadě obojí (Kabat-Zinn, 2009).

18.1. Medikace

V současných doporučených postupech léčby (clinical guidelines) (Drtílková, Hrdlička, Paclt, 2006), se psychostimulancia stala léčbou první volby (Hrdlička, 2007) a ačkoliv velkému počtu osob s ADHD medikace stimulancii pomáhá, zhruba 20–30 % dětí a asi 50 % dospělých na léčbu nereaguje snížením symptomů nebo se u nich objevují nepříznivé vedlejší účinky. (Kabat-Zinn, 2009).

Mezi nejčastěji zmiňované nežádoucí účinky patří poruchy usínání, snížená chuť k jídlu, nauzea, bolesti hlavy a neklid (Hrdlička, 2007). Ptáček, Kuželová, Paclt a Žukov (2008) uvádí, že k léčbě ADHD se v našich podmínkách nejčastěji užívají stimulancia, autoři však upozorňují na to, že léčba může mít některé vedlejší účinky projevující se mimo jiné i v oblasti růstových charakteristik dítěte (Ptáček et al., 2008). Právě výskyt některých kontraindikací rovněž stimuloval výzkum alternativních, nestimulačních druhů léčby ADHD/HKP. Od roku 2007 se u nás v léčbě úspěšně používá také atomoxetin (Hrdlička, 2007). Mnoho rodičů nebo dospělých s ADHD však s medikamentózní léčbou nesouhlasí a hledají alternativy.

18.2. Psychoterapie a další nefarmakologické přístupy

Vedle farmakologické léčby má zásadní význam v léčbě ADHD i psychoterapie či další psychosociální intervence, protože ADHD s sebou nese často další důsledky, které se projevují nejen v rodině, ale i ve škole, ve vztazích s vrstevníky atd. Často se uvádí, že kombinace medikace a psychoterapie představuje nejvyšší efektivitu (Milea & Cozman, 2012, Ptáček et al., 2008). Dále se například doporučuje upravit vzdělávací podmínky, podporovat

žádoucí chování či využít podpůrné služby pro rodiče a děti (poradenství, skupiny atd.) (Mertin, 2004).

Mezi psychosociální intervence můžeme zařadit například behaviorální terapii, KBT, rodinnou terapii, trénink sociálních dovedností, individuální terapii, koučování atd. Behaviorální a psychosociální intervence nejenže vítají mnozí rodiče, ale podle současných výzkumů jsou tyto přístupy i velmi efektivní cestou pro léčbu dětí s mírnou a střední závažností ADHD, pro děti předškolního věku, děti s komorbidními internalizovanými poruchami a děti s oslabenými sociálními dovednostmi. Kombinace psychosociální intervence a farmakologické léčby se doporučuje pro děti se závažnějšími obtížemi, které mají zároveň problémy zvládat agresi, také u dětí, kde ADHD velmi narušuje rodinné prostředí, pokud je třeba rychlejší zmírnění symptomů či pokud se jedná o externalizované komorbidní poruchy (mentální retardace, poruchy CNS atd.) (Root & Resnick, 2003; Fabiano et al., 2009).

Existuje množství intervencí pro rodiny dětí s ADHD, které jsou primárně určeny rodičům a zaměřují se na to, jak rodiče naučit zvládat obtížné chování dítěte. V behaviorálním tréninku pro rodiče (Behavioral Parent Training, BPT; Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham, 2004) se rodiče učí rozpoznávat prediktory a předcházet důsledkům chování jejich dítěte pomocí odměn a ovlivňováním následků. Cílem není vyléčit či eliminovat poruchu, ale naučit se vhodné metody a způsoby jak zvládat její projevy (Carboni, 2012).

Jednou z cest jak zvládat nežádoucí chování dětí s ADHD může být i behaviorální terapie. Mezi často užívané techniky patří například analýza ABC a pozitivní posilování. V analýze ABC pracuje terapeut s nežádoucími vzorci chování a vyzývá rodiče, aby sledovaly tzv. *antecedenty* (chování, které předchází) a *konsekventy* (důledky) tohoto chování, na jejichž změnách se v terapii posléze pracuje, aby se podařilo nežádoucí chování omezit. Pozitivní posilování je založeno na odměně za správné chování (Munden & Arcelus, 2006).

Další cestou může být například trénink řešení problémů, ve kterém se dítě učí soustředit se na průběh událostí, jejich dopad a zhodnotit úspěch nebo neúspěch (Munden & Arcelus, 2006).

Paclt. (2007d) uvádí 5 možností psychosociální intervence založené na přístupu KBT pro děti s ADHD a jejich rodinu:

- KBT intervence se zaměřením na dítě s ADHD
- KBT zaměřená na rodiče a učitele
- přímý management jednotlivých případů dle potřeby v aktuálních situacích

- komplexní intenzivní behaviorální léčba; letní terap. program pro děti a rodiče
- kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba (Paclt, 2007d).

Protože diagnostický systém DSM uvádí negativní důsledky a projevy ADHD v různých situacích a různém prostředí, v podstatě každé dítě s touto poruchou může mít problémy i ve školním prostředí. Oslabení se může objevit na úrovni mezilidských vztahů, chování ve škole či studijních výsledků. Z těchto důvodů mohou být velmi vhodným doplňkem behaviorálního tréninku pro rodiče či rodinné terapie i intervenční programy ve škole, které mohou maximalizovat pozitivní dopad na různé oblasti života dětí s ADHD (Chronis et al., 2004).

U těchto dětí by z hlediska intervence neměl být opomíjen ani rozvoj kognitivních funkcí. U nás se ve školství využívají ucelené programy pro práci se žáky s ADHD jako například program HYPO, pro děti ve věku 5–8 let (Michalová, 2002) či program KUPOZ pro děti od osmi do dvanácti let (Kuncová, 2006). Je možné také využít program Feuersteinova instrumentálního obohacování, který se celkově zaměřuje na rozvoj kognitivních funkcí (Feuerstein, Feuerstein & Falik, 2009).

Jak v případě farmakoterapie, tak i behaviorální terapie, je léčba zprostředkována převážně vnějšími činiteli, lékařem nebo rodiči trénovanými v managementu chování. Svá omezení mají oba přístupy, protože průběh léčby může narušit jak vedlejší efekt léků, tak i rodiče, kteří předepsaná doporučení neuplatňují důsledně. Ani v jednom případě nevstupují do procesu techniky zaměřené na sebeřízení, takže děti nemají možnost naučit se strategie sebeovládání, které jim mohou pomoci vlastní chování zvládat a usměrňovat. (Singh et al., 2010) uvádí, že programy, které zahrnují nějakou formu trestu, nemají u některých jedinců dobrou odezvu, a to zejména u dětí s vzdorovitým chováním. Vhodnou alternativou by mohly být programy, které neužívají zpětnou vazbu formou trestů a pomohou dětem rozvíjet dovednosti self-managementu (řešení problémů, komunikace, sebeposílení, sebenasměrování atd.). Jednou z cest mohou být přístupy, které využívají meditaci, jógu či techniky založené na všímavosti (Singh et al., 2010), případně nácvik relaxačních technik (Žáčková & Jucovičová, 2008).

18.3. Meditace a přístupy založené na všímavosti v léčbě ADHD

Přístupy založené na všímavosti se pro léčbu ADHD hodí především proto, že mohou pozitivně působit jak na projevy nepozornosti a impulzivity v chování, neurokognitivní nedostatek pozornosti a inhibice, tak i sekundární příznaky jako je stres, úzkost a depresi (Zylowska et al., 2008). Úspěšné využití jógy, meditace a přístupů založených na všímavosti nejen u dospělých, ale i u dětí a dospívajících s ADHD popisují v posledních letech různé

studie (Harrison, Manocha, & Rubia, 2004; Grosswald, Stixrud, Travis, & Bateh, 2008; Zylowska et al., 2008).

18.3.1. Meditace v léčbě ADHD

Meditace se v poslední době stává oblíbenou metodou psychologické léčby a škála jejího využití je stále pestřejší. Nejnovější studie ukazují, že může ovlivnit pozornost a funkce mozku (Davidson et al., 2003). A vedle zlepšení pozornosti rozvíjí stavy klidu a spokojenosti, které populace s ADHD příliš nezažívá (Krisanaprakornkit, Ngamjarus, Witoonchart, & Piyavhatkul, 2010).

Brefczynski-Lewis et al., (2007) ve své studii zmiňují, že rozdíly v aktivovaných částech mozku mezi skupinami zkušených a začínajících meditujících a korelace s hodinami praxe se překrývají s regiony, které u osob s poruchou pozornosti vykazují abnormální strukturální a funkční změny. Brefczynski-Lewis et al. (2007) uvádí, že na základě výsledků jejich studie je pravděpodobné, že meditace může posílit schopnost inhibovat kognitivní a emoční psychické procesy jako jsou ruminace, které mohou posilovat stres, úzkost či deprese (Brefczynski-Lewis et al., 2007).

Přestože existuje mnoho typů meditace, výzkumné studie zpravidla rozlišují dvě kategorie: techniky koncentrační a kontemplační (například meditace všímavosti, transcendentální meditace atd.) (Grosswald, 2008). Koncentrační meditace rozvíjí schopnost udržet pozornost (sustained attention), cílem kontempativní meditace je naučit se uvědomovat si myšlenky a pocity, které se objeví, vyhnout se jejich posuzování a nenechat se jimi unést (Grosswald et al., 2008).

Využití meditace u dětí s ADHD popisuje například (Grosswald et al., 2008), který zkoumal možnosti využití transcendentální meditace ke snížení stresu a úzkosti u dětí s ADHD. Jeho studie poukázala na snížení stresu, úzkosti i symptomů ADHD, účastnilo se jí však pouze 10 dětí, takže výsledky nelze více zobecňovat. Podobně Harrison et al. (2004) uvádí zlepšení v projevech ADHD, sebehodnocení a kvality vztahů po absolvování programu, který využíval techniky meditace Sahaja jóga. Krisanaprakornkit et al. (2010) však ve svém přehledu porovnává čtyři studie, které využívají meditaci v léčbě ADHD, a uvádí, že vzhledem k malým vzorkům a omezením provedených studií nelze zatím vyvozovat žádné signifikantní závěry o účincích meditace na děti s ADHD. Využití některých typů meditace u dětí je sporné. Některé meditační techniky, například Sahaja Marg Meditation a Raja yoga, doporučují minimální věk pro začátek meditační praxe 18 let s tím, že tyto techniky nejsou pro děti vhodné. U transcendentální meditace se doporučuje dětem od pěti let

meditovat dvakrát denně pět minut a poté přidávat po minutách s přibývajícím roky (Krisanaprakornkit et al., 2010).

18.3.2. Možnosti využití všímavosti v práci s ADHD

Další cestou léčby ADHD mohou být přístupy, které využívají všímavost a zaměřují se na její rozvíjení skrze meditaci všímavosti i neformální praxi v každodenním životě.

Porucha pozornosti s hyperaktivitou neznamena jen oslabení pozornosti, protože pozornost má ústřední roli v našem prožívání a její kvalita ovlivňuje, další psychické funkce i naše jednání. U jedinců s ADHD často hovoříme o oslabení na úrovni čtyř kognitivních procesů zpracování jazyka, pracovní paměti, inhibice a pozornosti, které (kromě zpracování jazyka) označujeme jako exekutivní funkce (Zylowska et al., 2009). Zobrazovací studie u jedinců s ADHD ukazují sníženou aktivitu prefrontální kůry při řešení úlohy zaměřené na exekutivní funkce (Bush, Valera, & Seidman, 2005) a psychologické výzkumy tento deficit potvrzují (Loo et al., 2007).

Vzhledem k tomu, že funkce hlubších nervových systémů jsou vzájemně velmi úzce propojeny, může mít zlepšení v jedné oblasti pozitivní dopad i na jiné oblasti fungování (kognitivní, behaviorální a emocionální). Deficity v jedné oblasti mohou naopak narušit fungování jiných systémů (Flook et al., 2010).

Exekutivní funkce mají velký vliv na studijní výsledky a hrají zásadní roli v procesu seberegulace, zejména v utlumení impulzů a automatismů (Flook et al., 2010). Kromě oslabení na kognitivní úrovni vykazují často děti s ADHD i problémy v emocionální oblasti zejména právě v oblasti regulaci emocí (Theiner, 2012) a podle Maiesové (2012) i v určitém vyladění (attunement) na sebe i okolí. Vedle toho nesmíme opomínat komorbidní poruchy, kterými jedinci s ADHD často trpí.

Právě v těchto oblastech může být využití všímavosti v terapii ADHD velmi užitečné. Trénink všímavosti může mít kompenzační nebo dokonce rehabilitační funkci (Zylowska et al., 2009). Opakování stejné činnosti aktivuje odpovídající oblasti mozku a může posílit dané mozkové dráhy, což potvrzují i studie, které potvrzují vliv meditace na aktivaci předního cingula a prefrontální kůry (Cahn & Polich, 2006). Meditace všímavosti i jiné neformální techniky opakovaně zaměstnávají exekutivní funkce, mohou vést k posílení těchto schopností a přispívat ke změnám v procesech seberegulace (Zylowska et al., 2009). Skrze soustředění pozornosti na dech se během meditace všímavosti snižuje emocionální vzrušení a umožňuje relaxaci a prevenci stresu. Rozvíjení všímavosti potom napomáhá nahlížet na emoce

s otevřeností, nehodnocením a z pohledu pozorovatele a vede k lepšímu přijetí pozitivních i negativních emocí. Větší kontakt s vlastními emocemi umožňuje i lepší vyladění na druhé.

Jedním z prvních programů pro děti, který využíval všímavost, byl tzv. Program Akademie pozornosti (Attention Academy Program) (Napoli et al., 2005), který se zaměřil na zdravé děti ze základních škol s cílem rozvíjet u nich pozornost skrze trénink všímavosti. Randomizované kontrolované studie se zúčastnilo 194 žáků z prvních tří ročníků z devíti tříd na dvou základních školách. Studenti byli náhodně rozděleni do dvou skupin (s programem AAP a bez intervence). Program vedený zkušenými instruktory se skládal ze 12 setkání na 45 minut v průběhu 24 týdnů a zahrnoval techniky jako meditace vsedě, v pohybu, zaměřené na tělo (body-scan meditations) a relaxační cvičení. Cvičení v domácích podmínkách nebylo součástí intervence. Ve srovnání s kontrolní skupinou vykazovali studenti, kteří prošli programem (AAP), signifikantní zlepšení v míře úzkosti v sebeposuzovacím testu ($p = 0,007$), zlepšení pozornosti a sociálních dovedností podle posouzení učitelů ($p = 0,001$), a v objektivním měření selektivní (zrakové) pozornosti ($p = 0,001$). Míra účinku (effect size, dále ES) byla od malé po střední ($d = 0,39-0,60$) (Napoli et al., 2005; Burke, 2010; Meiklejohn et. al., 2012.). Mezi omezení této studie zařazuje kritika především možné zkreslení výsledků ze strany učitelů a také chybějící vyhodnocení potenciálního zmírňujícího účinku vlivem skupiny. Studie potvrdila nejen vhodnost využití programu ve školním prostředí, ale i možný vliv na výběrovou pozornost účastníků. Program však v mnoha aspektech přesně neodpovídal zásadám MBSR nebo MBCT a výsledky tak není možné srovnávat s intervencemi založenými na těchto přístupech (Burke, 2010).

Na jedince s ADHD se zaměřila Zylowska et al. (2008) a zrealizovala psychologicko-edukativní program určený pro dospělé a dospívající od 15 let. Využila program Cvičení všímavého uvědomění (Mindful Awareness Practices – MAPs). Účastníci byli vybráni skrze klinické a výzkumné univerzitní programy zaměřené na ADHD. Subjekty s komorbidními psychickými poruchami byly vyřazeny a pacienti, kteří podstupovali nějakou léčbu, v ní pokračovali. Po intervenci vykazovali účastníci zlepšení jak v sebeposouzení symptomů ADHD, úzkosti, depresivních symptomů, tak i v pracovní paměti (Zylowska et al., 2008).

Bögelsová, Hoogstad, van Dunová, de Schutterová a Restifová (2008) provedli studii, která sledovala účinky osmitýdenního programu Kognitivní terapie založené na tréninku všímavosti. Zúčastnilo se jí 14 dětí ve věku 11 až 18 let s externalizačními poruchami jako ADHD, OCD či poruchy autistického spektra. Paralelně s nimi se podobného programu účastnili i jejich rodiče. Post-intervenční šetření (sebe- a posouzení rodiči) ukázala

zlepšení v míře udržování pozornosti, v chování, v oblasti osobních cílů, subjektivního štěstí a všímavého uvědomění (Bögels et al., 2008, Meiklejohn et al., 2012).

Smalleyová et al. (2009) sledovala všímavost a osobnostní charakteristiky u 105 dospělých s ADHD prostřednictvím Kentuckého inventáře všímavých dovedností a Třísložkového inventáře charakteru (Tridimensional Character Inventory). Dospělí s ADHD se posuzovali jako méně všímaví než jedinci bez ADHD. Jediná škála, ve které skórovaly obě skupiny stejně, byla škála Pozorování (Observing) a diagnóza ADHD nevíce souvisela se škálou Uvědomělé jednání (Acting with awareness), která obsahuje položky týkající se pozornosti. Výsledky studie poukazují na to, že trénink všímavosti by mohl být vhodným prostředkem ke zlepšení symptomů ADHD a posílit zaměření na sebe a sebetranscendenci (Smalley et al., 2009).

Nekontrolovaná studie programu založeného na všímavosti s malým vzorkem dospívajících ve věku 11–15 let s ADHD a jejich rodičů přinesla nové možnosti v metodách měření (van de Weijer-Bergsma et al., 2012). Vedle dotazníkových metod pro měření všímavosti, exekutivních funkcí, štěstí, únavy atd. využili autoři neurokognitivní počítačové metody pro měření pozornosti. Výsledky ukázaly určité zlepšení v chování a pozornosti dospívajících, snížení rodičovského stresu u otců a nadměrné reaktivnosti u matek. Tyto změny však nevykazovali všichni účastníci a ani se neprojevíly v následném testování. Statistická váha těchto výsledků je nicméně velmi malá, protože studie se účastnilo jen 10 dospívajících (van de Weijer-Bergsma et al., 2012).

Van der Oordová, Bögelsová, and Peijnenburgová (2012) popisují kontrolovanou randomizovanou studii s následným kontrolním měřením po osmi týdnech, která vyhodnocovala účinek osmitýdenního tréninku všímavosti pro děti s ADHD ve věku 8–12 let doplněný paralelním tréninkem pro jejich rodiče. Analýza výsledků ukázala statisticky významný rozdíl mezi pre- a postintervenčním měřením v pokledu ADHD symptomů jak u dětí, tak u rodičů, dále zvýšení všímavosti rodičů. V míře rodičovského stresu a ve výchovném stylu se neukázaly žádné změny. Měření s odstupem osmi týdnů ukázalo, že symptomy ADHD zůstaly u dětí i dospělých stále nižší a ve srovnání s měřením před intervencí se objevilo snížení nadměrné reaktivity a stresu rodičů. Skóre všímavosti se u předintervenčního a následného měření nelišilo (Van der Oord, Bögels, & Peijnenburg, 2012).

Všímavost může být prospěšná i pro děti s poruchami učení, které jsou často spojeny s ADHD. Meiklejohn (2012) uvádí příklad studie na 32 dospívajících, kterou provedl Beauchemin, Hutchinsová a Pattersonová (2008). Zaměřili se na studenty se specifickými

poruchami učení z místní soukromé školy. Dva třídní učitelé vedli meditaci všímavosti, která trvala 5–10 minut a opakovala se vždy na začátku každého bloku vyučování 5 dní v týdnu během 5 týdnů. Na základě sebeposouzení žáků se ukázalo, že program vedl ke snížení úzkostného stavu a zmírnil rysy úzkosti. Podle posouzení učitelů se zlepšily sociální dovednosti, problémové chování a studijní dovednosti (Beauchemin et al., 2008; Meiklejohn et al., 2012).

Přestože uvedené studie mají stejně jako další studie programů založených na všímavosti pro děti a dospívající svá metodologická omezení, poukazují na to, že využití všímavosti v práci s dětmi s ADHD může mít pozitivní dopady na všechny oblasti, ve kterých tyto děti vykazují oslabení. Pro svou konkrétnost a prožitkovou formu jsou pro tyto děti, dospívající i dospělé velmi vhodnou a přijatelnou cestou jak se vypořádat s poruchou pozornosti s hyperaktivitou a jejími dopady.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

17. VÝZKUMNÝ PROJEKT:

V teoretické části jsem se pokusila shrnout nejdůležitější poznatky o výzkumu všímavosti, jejich využití v práci s dětmi a možnosti aplikace u dětské populace s ADHD. Empirické část diplomové práce se zaměřuje na zjišťování míry všímavosti u českých dětí a mým cílem je porovnat míru všímavosti u dětí intaktních a u dětí s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), případně další skupiny ve výzkumném vzorku a zjistit, zda se liší v některých složkách všímavosti, což u dospělé populace referuje například Smalleyová et al. (2009). V zahraničí se zkoumání všímavosti u dětí věnují výzkumy již řadu let a pro tyto účely bylo vyvinuto několik dotazníkových metod. Do českého jazyka a prostředí byl zatím převeden jen dotazník pro dospělou populaci, a to Dotazník pěti aspektů všímavosti (Žitník, 2010). Všímavost u dětí zatím u nás nebyla zkoumána a v současnosti neexistuje žádná metoda, která by se dala využít pro měření všímavosti u českých dětí. Pro účely mého výzkumu jsem se rozhodla použít Škálu všímavosti pro děti a dospívající (Child Adolescent and Mindfulness Measure; Greco et al., 2011), která má velmi dobrou validitu a reliabilitu, respektive jeho původní verzi Child Acceptance and Mindfulness Measure (dle Coyne & Cheron, 2008). Pilotní fáze výzkumu zahrnovala překlad dotazníku a testování srozumitelnosti české verze (Škála všímavosti pro děti a dospívající). Na základě pilotního výzkumu jsem stanovila nejnižší věkovou hranici pro zařazení do výzkumného vzorku.

Během výzkumné fáze byl dotazník distribuován žákům 5.–9. tříd základních běžných a speciálních škol a studentům 6letého gymnázia. Za účelem správného zařazení respondentů do skupiny se syndromem ADHD jsem přiložila dotazník pro rodiče nebo učitele, který zjišťoval, zda mělo dítě někdy diagnostikovanou některou z poruch pozornosti, učení či jiné psychické poruchy, případně zdravotní komplikace, které by mohly ovlivnit jeho výsledek v testování.

Na základě sebraných dat se pomocí položkové a faktorové analýzy pokusím vytvořit finální podobu dotazníku a hrubé skóry a faktory jednotlivých zkoumaných skupin respondentů porovnám a pomocí statistických metod ověřím výzkumné hypotézy. Na základě získaných dat a v kontextu analýzy programů z kvalitativní části se předložím návrh programu pro děti s ADHD, který by bylo možné realizovat v českém prostředí, a byl by vhodnou intervenční alternativou pro práci s těmito dětmi.

18. VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY:

Pro svůj výzkum jsem si stanovila následující hypotézy a několik předpokladů:

H1₀: Všímavost dětí se syndromem ADHD a bez syndromu ADHD se neliší.

H1_A: Existuje signifikantní rozdíl mezi všímavostí dětí se syndromem ADHD a bez něj.

Předpokládáme, že všímavost dětí s ADHD bude nižší.

H2₀: Všímavost dětí hyperaktivních/impulzivních a intaktních se neliší.

H2_A: Existuje signifikantní rozdíl mezi všímavostí dětí hyperaktivních/ impulzivních a dětí, které hyperaktivní/ impulzivní nejsou.

H3₀: Všímavost dětí s poruchou pozornosti (ADHD či ADD) a intaktních dětí se neliší.

H3_A: Existuje signifikantní rozdíl mezi všímavostí u dětí s poruchou pozornosti (ADHD či ADD) a dětí, které poruchu pozornosti nemají.

H4₀: Všímavost u dětí s poruchami učení a u intaktních dětí se neliší.)

H4_A: Existuje signifikantní rozdíl mezi všímavostí u dětí s poruchami učení a dětí, které poruchy učení nemají)

H5₀: Všímavost u dětí s jinými poruchami a u intaktních dětí se neliší.

H5_A: Existuje signifikantní rozdíl mezi všímavostí u dětí s dalšími poruchami a dětí, které další poruchy nemají.

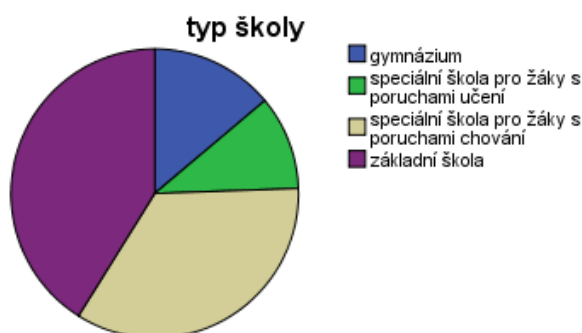
Předpoklady:

Na základě výzkumů všímavosti u dospělých (Žitník, 2010; Porkertová, 2011) předpokládám, že celkové skóre bude korelovat s věkem dítěte a že všímavost u mladších dětí bude nižší než u starších. Předpokládám, že by mohl být rozdíl v míře všímavosti dívek a chlapců.

19. VÝZKUMNÝ VZOREK:

Dotazník všímavosti CAMM-25 (Příloha 2) a dotazník pro rodiče (Příloha 3) nebo učitele (Příloha 4), který zjišťoval diagnózy, jsem získala celkem od 250 dětí. Z toho bylo 30 žáků z 2. ročníku šestiletého gymnázia v průměrném věku 15,1 let, 113 žáků 5.–9. tříd základní školy ve věku od 10 do 15 let (průměr 12,5 let) a 112 žáků 5.–9. tříd ze tří speciálních škol (ZŠ pro žáky s poruchami chování a učení; ZŠ logopedická; ZŠ Profesora Zdeňka Matějčka) ve věku od 10,0 do 17,3 let (průměr 13,9 let).

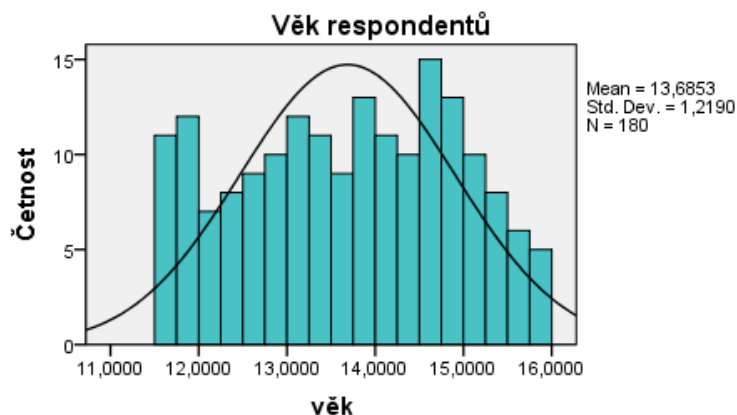
Do výzkumného vzorku jsme zařadila jen žáky ve věku 11,5 až 15,9 let. Po vyřazení špatně vyplněných dotazníků (chyběla zadní strana dotazníku nebo více než 2 položky) zůstalo 209 respondentů, ze kterých jsem ještě 15 respondentů odebrala. Důvodem pro vyřazení byl nestandardně vyplněný dotazník (téměř všechny položky byly skórovány stejně nebo jen na extrémním pólu 0/4) a dále některé diagnózy, které mohly ovlivnit porozumění dotazníku (porucha autistického spektra, vývojová dysfázie a lehká mentální retardace). Zůstal tedy výzkumný vzorek 194 respondentů, z nichž 13 respondentů nevyplnilo 1 položku a jeden 2 položky. Vzhledem k tomu, že některé faktory dotazníku obsahují jen 4 položky, rozhodla jsem se vyřadit i respondenty, které všechny položky nevyplnili.



Obrázek 2 – Rozložení respondentů podle typu školy

Ve výzkumném vzorku zůstalo tedy **180 respondentů**. Vzorek tvoří 25 žáků gymnázia (14 %), 19 žáků ze ZŠ pro žáky s poruchami chování (11 %), 62 žáků ze ZŠ pro žáky s poruchami učení (34 %) a 74 žáků z běžné ZŠ (41 %). Poměr zastoupení jednotlivých typů škol je vidět na obrázku výše (Obrázek 2).

Průměrný věk je 13,68 let, přičemž 11 žáků navštěvuje 5. třídu, 45 žáků 6. třídu, 45 žáků 7. třídu, 42 8. třídu, 25 žáků 2. ročník šestiletého gymnázia a 12 žáků 9. třídu ZŠ. 87 respondentů (42 %) jsou dívky, 93 respondentů (52 %) chlapci. Rozložení věku naznačuje níže uvedený graf (Graf 2).



Graf 2 – Věkové rozložení respondentů ve výzkumném vzorku

Z toho 99 respondentů (55 %) tvoří intaktní vzorek a 81 respondentů (45 %) bylo zařazeno do skupiny respondentů se syndromem ADHD (v rámci kterého má 52 diagnózu ADHD, 18 ADD, 54 H/I a 16 LMD a jiné poruchy). Poruchu pozornosti (ADHD nebo ADD) má 68 dětí z celkového vzorku (38 %) (Tabulka 1). V další tabulce (Tabulka 2) je možné vidět i rozdělení na starší a mladší a dívky a chlapce. Chlapců je ve všech skupinách se syndromem ADHD poměrně více.

		syndrom ADHD	
		bez syndromu ADHD	syndrom ADHD
		Count	Count
porucha_pozornosti	bez poruchy pozornosti	99	13
	s poruchou pozornosti (ADHD nebo ADD)	0	68
ADHD	bez ADHD	99	29
	ADHD	0	52
ADD	bez ADD	99	63
	ADD	0	18
H/I	bez H/I	99	27
	H/I	0	54
jiné/ LMD	bez dalších poruch pozornosti	99	65
	jiné poruchy pozornosti a aktivity	0	16

Tabulka 1 – Syndrom ADHD a jednotlivé podskupiny

		syndrom ADHD			
		pohlaví			
		dívka		chlapeček	
		věkové pásmo		věkové pásmo	
		mladší	starší	mladší	starší
		Count	Count	Count	Count
porucha_pozornosti	bez poruchy pozornosti	1	4	4	4
	s poruchou pozornosti (ADHD nebo ADD)	9	9	25	25
ADHD	bez ADHD	5	8	4	12
	ADHD	5	5	25	17
ADD	bez ADD	6	9	29	19
	ADD	4	4	0	10
H/I	bez H/I	5	8	3	11
	H/I	5	5	26	18
jiné/ LMD	bez dalších poruch pozornosti	9	8	25	23
	jiné poruchy pozornosti a aktivity	1	5	4	6

Tabulka 2 – Syndrom ADHD a zastoupení jednotlivých podskupin dle věku a pohlaví

Ve výzkumném vzorku je zároveň 95 respondentů (53 %) bez poruchy a 85 respondentů (47 %) s poruchou učení (41 má dyslexii, 27 dysgrafii, 48 dysortografií a 7 dyskalkulií) (Tabulka 3). Z celkového počtu 180 respondentů má 38 respondentů (21 %) ještě jiné poruchy než poruchy pozornosti a učení, z toho 19 z nich má poruchu chování, 1 poruchu emocí (Tabulka 4).

		DYS		jiné poruchy	
		bez DYS	DYS	bez jiných poruch	jiné poruchy
		Count	Count	Count	Count
dysLexie	bez dyslexie	95	44	AU	bez autismu
	dyslexie	0	41		autismus
dysGrafie	bez dysgrafie	95	58	AS	bez Aspergerova syndromu
	dysgrafie	0	27		s Aspergerovým syndromem
dysOrtografie	bez dysortografie	95	37	PCH	bez poruchy chování
	dysortografie	0	48		s poruchou chování
dysKalkulie	bez dyskalkulie	95	78	SPCHE	bez SPCHE
	dyskalkulie	0	7		se specifickou poruchou chování a emocí
ADHD	bez ADHD	88	40	EP	bez emoční poruchy
	ADHD	7	45		s emoční poruchou

Tabulka 3 – DYS (poruchy učení) a podskupiny + ADHD

Tabulka 4 – Jiné poruchy a podskupiny

Další diagnózy či obtíže, které se objevovaly, jsou uvedeny zde (Tabulka 5).

- porucha sluchu,
- anxieta,
- DMO a těžká zraková vada
- epilepsie nebo její příznaky
- neurolabilita CNS
- neurotické obtíže v zátěži, neurotické projevy chování, sekundární neurotizace
- nižší rozumové schopnosti, podprůměrný intelekt
- sebepoškozování,
- tendence k poruchám chování s agresí
- porucha chování s autistickými rysy
- porucha přizpůsobení
- výchovné obtíže na bázi smíšené etiologie
- psychická labilita
- tiková porucha
- Tourettův syndrom

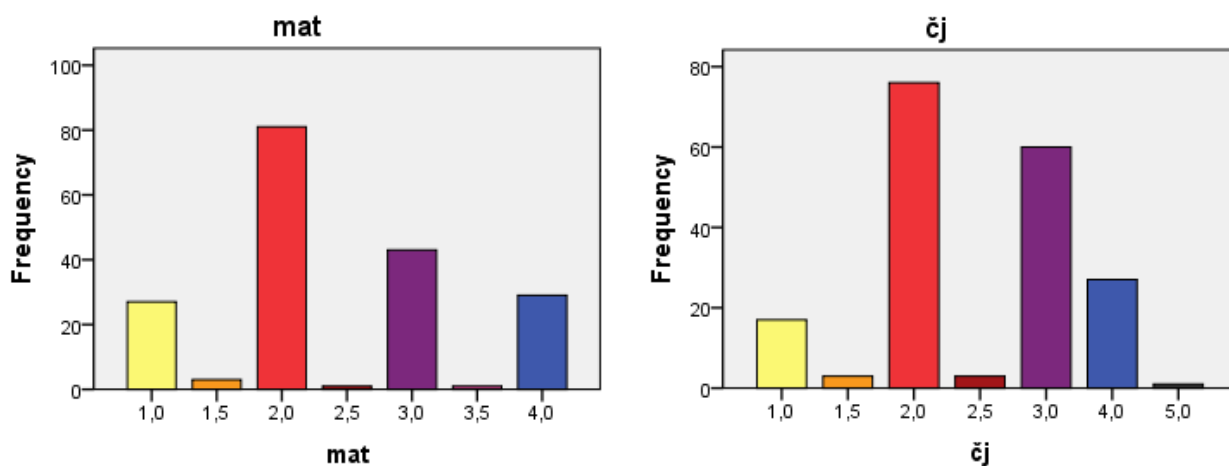
Tabulka 5 – Další diagnózy, které se objevovaly ve skupině jiné poruchy

Zde je možné přehledně vidět rozdělení podle věku a pohlaví u jednotlivých skupin, které budu porovnávat (Tabulka 6).

		věkové pásmo			
		mladší		starší	
		pohlaví		pohlaví	
		dívka	chlapec	dívka	chlapec
		Count	Count	Count	Count
syndrom ADHD	bez syndromu ADHD	24	21	40	14
	syndrom ADHD	10	29	13	29
porucha_pozornosti	bez poruchy pozornosti	25	25	44	18
	s poruchou pozornosti (ADHD nebo ADD)	9	25	9	25
H/I	bez H/I	29	24	48	25
	H/I	5	26	5	18
DYS	bez DYS	24	21	35	15
	DYS	10	29	18	28
jiné poruchy	bez jiných poruch	30	31	49	32
	jiné poruchy	4	19	4	11

Tabulka 6 – Rozložení respondentů podle věku a pohlaví u všech zkoumaných skupin

Jedna otázka dotazníku pro rodiče a učitele se týkala také průměrných známek v hlavních předmětech (český jazyk a matematika). Otázku na prospěch jsem zařadila proto, abych o dětech získala širší škálu informací a měla určitou představu, ačkoliv ne úplně objektivní, o jejich školním (intelektovém) výkonu. Průměr známek z českého jazyka v celém souboru byl 2,5 a v matematice 2,4. Rozdělení známek vidíme níže (Graf 3 a 4)



Graf 3 a 4 – Rozložení známek z českého jazyka a matematiky

20. METODY

20.1. Metoda pro měření všímavosti

20.1. Výběr metody

V českém prostředí zatím neexistuje metoda pro měření všímavosti, která je primárně určena pro děti. Mým cílem bylo tedy v první řadě vybrat vhodnou metodu, kterou použiji pro svůj výzkum, přeložit ji a zjistit, zda bude pro české děti srozumitelná. V zahraničí existují v současné době dvě publikované metody a to **Škála všímavé pozornosti a uvědomování pro dospívající (MAAS-A)** a **Škála všímavosti pro děti a dospívající (CAMM)** a jeden nevydaný dotazník **Škála všímavého myšlení a jednání pro dospívající (MTASA, Mindful Thinking and Action Scale for Adolescents)** (Brown et al., 2011; Meiklejohn et al. 2012). **Škála všímavé pozornosti a uvědomování pro dospívající (MAAS-A, Mindful Attention Awareness Scale-Adolescent; Brown et al., 2011)** má sice vysokou vnitřní konzistenci, ale má jen jednofaktorovou strukturu, podle některých autorů měří spíše pozornost a položky jsou definovány negativně, takže spíše sledují percepci výpadků naší pozornosti, stavy nevšímavosti (mindlessness) (Grossmann, 2008). **Škála všímavosti pro děti a dospívající (CAMM; Child and Adolescent Mindfulness Measure; Greco et al., 2011)** obsahuje 10

položek, které jsou formulovány negativně a má také jednofaktorovou strukturu. Při vytvoření dotazníku ale autoři vycházeli z Kentuckého inventáře všímavých dovedností (Baer et al., 2004), který měření čtyři aspekty všímavosti, a původní verze dotazníku CAMM měla 25 položek, obsahovala položky ze čtyř škál a měla dobrou vnitřní konzistenci (Ciarrochi, 2006). Protože jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda se v některé složce všímavosti děti s ADHD liší, hledala jsem dotazník, který odráží více faktorů, a na základě toho jsem se rozhodla použít původní verzi dotazníku, tedy CAMM-25.

20.2. Dotazník CAMM

Škála všímavosti pro děti a dospívající (dále CAMM) je v zahraničí jedním z nejnovějších metod pro sledování všímavosti u dětí a je využíván ve výzkumu všímavosti u dětí ve věku od 9 do 17 let. Autory dotazníku jsou Grecová, Baerová a Smith (2011). Dotazník má velmi dobrou validitu i reliabilitu. Vnitřní konzistence vyjádřená jako Cronbachovo alfa je 0,80. Konstruktová validita byla potvrzena skrze pozitivní korelaci dotazníku s kvalitou života, sociálními dovednostmi a akademickým výkonem a negativní korelaci se somatickými stesky, internalizovanými a externalizovanými problémy v chování (Greco et al., 2011). Škála vznikla se vzrůstající potřebou dotazníku, který by měřil všímavost a byl by vhodný pro děti svým obsahem i formou.

20.2.1. Vývoj dotazníku CAMM

Při vytváření původních 25 položek (CAMM-25) položek vycházeli autoři z multidimenzionálního konceptu všímavosti původně navrženého autory KIMS (Baer et al., 2004), který sleduje čtyři faktory všímavosti u dospělých. CAMM byl vytvořen na základě tří ze čtyř původních faktorů – Pozorování (*Observing*), Uvědomělé jednání (*Acting with awareness*), Přijímání bez hodnocení (*Accepting without judgement*). Faktor Popisování (*Describing*), který sleduje schopnost vyjádřit vnitřní zkušenost slovy. Tento faktor autorky nepoužily, protože verbální a kognitivní úroveň u dětí se individuálně velmi liší a tato úroveň může schopnost popisovat vnitřní prožitek slovy do značné míry zkreslit (Greco et al. 2011). Pro účely položkové analýzy byla verze dotazníku schválena odborníky v klinické psychologii administrována 428 žákům v průměrném věku 12,10 let jako součást širší studie. 35 dětí (vždy 7 dětí z ročníku) bylo náhodně vybráno pro individuální rozhovor, ve kterém se výzkumní asistenti ptali na porozumění a příklad ke každé položce. Až na drobné slovní úpravy se v pilotním výzkumu ukázalo, že položky jsou dostatečně srozumitelné (Greco et al., 2011).

V další studii (Greco et al., 2011) byla data od 334 respondentů mezi 10 a 17 roky v průměrném věku 12,60 let podrobena exploratorní faktorové analýze, která ukázala jako nejlepší výstup jednofaktorové řešení, přičemž bylo vyřazeno 9 položek *Pozorování*, jejichž vysoký skór nemusí být vždycky v souladu s všímavostí, a ze zbylých 16 zůstalo pouhých 10 s vnitřní konzistencí 0,80. Skóry desetipoložkového dotazníku CAMM byly dále korelovány s věkem a dalšími měřicími škálami jako Children's Somatization Inventory-Short Form (CSI-SF), Symptoms and Functionin Scale (SFS), Youth Quality of Life-Revised (YQOL-R). Střední hodnota hrubého skóru u dotazníku CAMM byla 22,73 (SD = 7.33), Cronbachovo alfa 0,81. Korelace s věkem nebyla signifikantní, skóry však negativně korelovaly se somatickými stesky, internalizovanými symptomy, externalizovanými problémy chování a pozitivně korelovaly s celkovou kvalitou života (Greco et al., 2011).

Na základě studie Grecové a kolegů (2011) jsem se rozhodla postupovat podobně jako autoři při vývoji a validizaci tohoto dotazníku. Pro překlad jsem použila všech 25 původních položek ze starší verze dotazníku z roku 2005, kterou ještě jako Child Acceptance and Mindfulness Measure autorů Grecové, Dew a Baerové uvádí například Ciarrochi (2006) ve svém přehledu dotazníkových metod pro ACT či (Coyne & Cheron, 2008). Tuto verzi používá ve své studii i Ciarrochi et al., (2011). Původní verze CAMM (dále CAMM-25) má dobrou souběžnou validitu (Coyne & Cheron, 2008) i dobrou vnitřní konzistenci a Cronbachovo alfa 0,87 (Ciarrochi, 2006).

20.2.2. CAMM-20

(Ciarrochi et al., 2011) využívají pro svou roční longitudinální studii, která se zaměřovala na duševní pohodu adolescentů, původní 25 položkovou verzi dotazníku, ze které však vyřadili 5 položek týkajících se přijetí bez hodnocení, protože studie zahrnovala jiné validované škály přijetí zkušenosti pro dospívající. Verze dotazníku o dvaceti položkách, kterou nazývají CAMM-20 byla podrobena faktorové analýze a to zvláště pro chlapce a dívky. PFA ukázala u obou skupin dva silné faktory, které lze popsat jako „*Pozorování*“ a „*Uvědomělé jednání*“. První faktor je spojen s položkami, které vyjadřují zaznamenávání, pozorování a věnování se podnětům zahrnujícím vnitřní fenomény jako tělesné pocity a vnější fenomény jako vůně apod. Druhý faktor je spojen s položkami, které vyjadřují úplnou účast na probíhající činnosti s plnou pozorností a zaměřením vědomí na jednu věc v čase (Ciarrochi et al., 2011). Autoři dále sledovali vztah mezi všímavostí, uvědoměním, přijetím a osobností. Škála „*Pozorování*“, negativně i pozitivně korelovala s různými aspekty osobnosti jako větší otevřenost, přívětivost, svědomitost a neuroticismus a byla lehce spojena s vyšším strachem

a smutkem. Faktor „*Uvědomělé jednání*“ byl spojen s nižším neuroticismem, psychoticismem a mírně také pozitivně koreloval s duševní pohodou.

Dotazník CAMM-20 jsem nepoužila, protože jsem chtěla zachovat položky z co nejvíce škál. Autoři mě však inspirovali ve využití původní verze CAMM-25.

20. 3. Vývoj české verze dotazníku

20.3.1. Překlad dotazníku

Anglickou verzi všech původních 25 položek dotazníku (Ciarrochi, 2006) jsem k překladu do českého jazyka předložila čtyřem nezávislým osobám. Na základě čtyř velmi podobných překladů vznikla finální česká verze, kterou další osoba přeložila zpět do anglického jazyka. Tento překlad posoudila ještě jedna nezávislá bilingvní osoba, která potvrdila shodnost obou verzí a navrhla drobné jazykové úpravy. V tabulce (Tabulka 7) uvádím českou verzi dotazníku CAMM-25, ve kterém jsou kurzívou označené ty položky, které mají obrácené skórování, protože se ptají na nevšimavé chování, myšlení či prožívání. Jsou to položky p2, p4, p5, p7, p8, p10, p11, p15 – p21 a p25.

POLOŽKY DOTAZNÍKU CAMM-25

1. Vnímám i drobné změny, které se dějí v mém těle. Například když se mi zpomaluje nebo zrychluje dech.
2. *Zlobím se na sebe, když mám pocity, které nedávají smysl.*
3. Soustředím se na své svaly a všímám si, když jsou zatnuté nebo uvolněné.
4. *Ve škole chodím z třídy do třídy, aniž bych vnímal, co právě dělám.*
5. *Dělám věci, aniž bych přemýšlel o tom, co vlastně dělám.*
6. Pozorně si všímám toho, na co myslím.
7. *Snažím se myslet jen na věci, které mi dělají radost.*
8. *Snažím se pořád něco dělat, abych si nemusel všímat svých myšlenek nebo pocitů.*
9. Když něco dělám, soustředím se pouze na to, co dělám a na nic jiného.
10. *Říkám si, že bych se neměl cítit tak, jak se cítím.*
11. *Když se něco hezkého stane, nemůžu na to přestat myslet.*
12. Když se sprchuji nebo koupu, vnímám na svém těle pocity, které mi přináší kontakt s vodou.
13. Všímám si svých myšlenek, jak přicházejí a odcházejí.
14. Když jím, vnímám, jaké to je žvýkat jídlo.
15. *Odháním myšlenky, které se mi nelíbí.*
16. *Je pro mě těžké soustředit se v jednu chvíli jen na jednu věc.*
17. *Přemýšlím o věcech, které se staly v minulosti, místo abych přemýšlel o věcech, které se dějí právě teď.*
18. *Zlobím se na sebe za některé myšlenky.*
19. *Dělám hodně věcí najednou.*
20. *Přemýšlím o budoucnosti.*
21. *Myslím si, že některé mé pocity jsou špatné a neměl bych je mít.*
22. Všimnu si, když se moje pocity začínají měnit.
23. Věnuji velkou pozornost tomu, co se právě děje.
24. Všímám si, jak věci okolo mě voní.
25. *Zakazuji si mít pocity, které se mi nelíbí.*

Tabulka 7 – Položky dotazníku CAMM-25

20.3.2. Pilotní studie – Ověřování srozumitelnosti dotazníku

Prvním krokem bylo ověření srozumitelnosti české verze, které probíhalo ve dvou fázích formou rozhovorů s dětmi ve věku 7,86–14,50 let (průměr 10,67 let). Pro tyto účely jsem v první fázi oslovila vedoucí volnočasových aktivit (skautský a vodácký oddíl, keramický a výtvarný kroužek), kteří spolu s rodiči dětí souhlasili s uskutečněním rozhovorů během a po skončení odpoledních programů.

Sedmnáct dětí bylo požádáno o to, aby vyplnily dotazník a napsaly komentář k položkám či instrukcím, kterým nerozumí. Zároveň proběhly se všemi dětmi rozhovory, během kterých autor nahlas přečetl každou položku a poprosil dítě, aby se pokusilo říci, jak větě rozumí. Dítě formulovalo položku vlastními slovy a uvedlo konkrétní příklad, kdy takovou situaci zažívá. Položky, byly signovány podle toho, zda jim dítě rozumí jasně, rozumí z části či nerozumí.

V případě nepochopení se nejčastěji se objevovala situace, kdy dítě položce zdánlivě rozumí, ale zaměňuje pojmy jako pocity/postoje/chování/myšlení a to buď ve vlastní formulaci položky či v uvedeném příkladu. Méně srozumitelné položky, které se objevily ve více než dvou případech, jsou položky **p2; p12; p14; p22**. Ukázalo se, že na rozdíl od původní verze, kterou využívají v USA již u dětí od 9 let, bude lepší dotazník zadávat dětem o něco starším. Pro stanovení přesnější věkové hranice jsem se ve druhé fázi pilotní studie rozhodla provést rozhovory s alespoň 15 dětmi ve věku 10–12 let. Oslovila jsem jednu ze základních škol, kde proběhla i další fáze výzkumu a žáci byly kromě vyplnění dotazníku následně vyzváni ke stejnému rozhovoru nad dotazníkem jako v první části pilotáže. Rozhovory probíhaly stejně jako v předchozí fázi. Zúčastnilo se jich 16 dětí (10 chlapců a 6 dívek) v průměrném věku 11,20 let. Problematické položky byly položky **p2, p10, p21, p22, p25**. Všechny se týkají pocitů, které mladší děti chápou často jen jako fyzické počitky: „2. Zlobím se na sebe, když mám pocity, které nedávají smysl.“, „10. Říkám si, že bych se neměl cítit tak, jak se cítím“, „21. Myslím si, že některé mé pocity jsou špatné a neměl bych je mít.“, „22. Všimnu si, když se moje pocity začínají měnit.“, „25. Zakazuji si mít pocity, které se mi nelíbí.“ Ukázalo se, že dívky měly celkově lepší porozumění než chlapci stejného věku. Počet správně pochopených položek a celkové hodnocení porozumění korelovalo s věkem dítěte (Tabulka 8). Vzorek nebyl velký, ale ukázal vzestupnou tendenci porozumění mezi 10. a 12. rokem, přičemž od věku 11,5 už děti ve většině případů rozuměli všem položkám. Rozhodla jsme se stanovit věkovou hranici na 11,5 let s vědomím, že každému dítěti bude i během testování v samotné výzkumné části projektu v případě, že nějakou položku nebude chápat, zároveň umožněno doptat se examinátora.

Korelace věku a počtu položek, kterým dítě rozumí			
		počet položek	hodnocení
věk	Korelace	0,384	-,581*
	Sig. (2-tailed)	0,142	0,018
počet položek	Korelace	1	-,826**
	Sig. (2-tailed)		0
** Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01			
* Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,05			

Tabulka 8 – Korelace věku a položek, kterým dítě rozumí



Graf 5 – Rozložení věku v pilotním vzorku

20.3.3 Položková a faktorová analýza

Položková analýza dotazníku CAMM-25, kterou jsem provedla na základě vyhodnocení dat z výzkumného vzorku, ukázala, že korelace s hrubým skórem se velmi lišila u celého vzorku a intaktní skupiny (bez syndromu ADHD, bez DYS poruch a bez jiných poruch). Rozhodla jsme se tedy sledovat intaktní vzorek a položkovou a faktorovou analýzu provést jen na souboru zdravých dětí, protože i tak byl počet respondentů dostačující a v rámci jednotlivých faktorů. Celková reliabilita dotazníku CAMM-25 vyjádřena jako Cronbachovo alfa byla 0,73 (pro celý vzorek to byla hodnota 0,54).

Při faktorové analýze jsem postupovala jako autorky při vývoji dotazníku CAMM (Greco et al., 2011). Opět jsem pracovala jen s intaktním vzorkem. Rozhodla jsme se pro faktorovou analýzu metodou PFA (Principal axis factoring) a scree plot ukázal jako nejvhodnější řešení 3faktorové nebo 8faktorové. Zvolila jsem 3faktorové řešení, které odpovídá i původním 3 škálám, které byly při vytváření dotazníku použity. Zkusila jsem rotaci oblmin a varimax. Řešení rotací varimax se nijak významně od oblmin rotace nelišilo. Nakonec tedy pro jednoduchost pracuji s rotací varimax s cílem získat co nejlépe interpretovatelné řešení, protože varimax hledá takové řešení, kde každá proměnná sytí co nejvíce jeden faktor a co nejméně ostatní (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006). Protože položky p3, p8, p9 a p12 nesytily žádný faktor více než 0,35, byly odebrány. Následná rotace již nevyřadila žádnou položku. Vzhledem k tomu, že mě zajímalo srovnání souboru bez syndromu ADHD a se syndromem ADHD porovnála jsem reliabilitu všech tří faktorů u obou dvou vzorků. Na základě analýzy bylo třeba vyjmout položky p2, p17, p19 a p23, protože u vzorku se syndromem ADHD měly tyto položky velmi nízkou nebo zápornou korelaci. Po vyřazení těchto položek jsem ještě jednou provedla faktorovou analýzu, na základě které již nebylo třeba nic vyřazovat a byly splněny předpoklady pro použití faktorové analýzy, Bartlettův test sphericity byl signifikantní a Kaiser-Meyer-Olkin míra dosáhla hodnoty 0,62 (DiStefano, Zhu, & Mindrila, 2009). Provedla jsem znovu porovnání

reliability faktorů u vzorku se syndromem a ADHD a u intaktní skupiny a ukázalo se, že toto řešení je u obou skupin zhruba podobné a že je tudíž toto faktorové řešení poměrně robustní. Výsledné faktory zachycují 33,71 % variance. Podrobněji uvádím rozdělení položek do jednotlivých faktorů níže v tabulce (Tabulka 9). Zátěže (Tabulka 10) a položkovou analýzu v rámci jednotlivých faktorů (Tabulka 11-13) předkládám dále.

Faktor č. 1 jsem nazvala ***Uvědomělé jednání s přijetím***. Zachycuje 15,04 % variance a zahrnuje položky p4, p5, p10, p16, p18, p21 a p25, které odpovídají původní škále *Přijímání bez hodnocení* a části škály *Uvědomělé jednání*, které se týkají uvědomělého jednání s pozorností. Všechny položky jsou formulovány negativně. Cronbachovo alfa = 0,77 (intaktní) a 0,64 (syndrom ADHD).

Faktor č. 2, který zachycuje 10,69 % variance přejal název ***Pozorování*** a zahrnuje položky p1, p6, p13, p14, p22, p24 a odpovídá původní škále *Pozorování*. Cronbachovo alfa = 0,66 (intaktní) a 0,74 (syndrom ADHD).

Faktor č. 3, nazvaný *Neulpívání*, zachycuje 7,98 % variance a tvoří ho položky p7, p11, p15 a p20, které původně patřily do škály *Uvědomělé jednání*. Všechny položky se ovšem týkají myšlení a ulpívání na něm a z hlediska všímavosti jsou formulovány negativně. Cronbachovo alfa = 0,53 (intaktní) a 0,53 (syndrom ADHD)

Pro svůj výzkum tedy využívám dotazník o 17 položkách, pro který používám název zkratku CAMM-17. Reliabilita celého dotazníku u intaktního vzorku je 0,66 Cronbachovo alfa.

CAMM_17 - Škála všímavosti pro děti a dospívající	
Uvědomělé jednání s přijetím	18. Zlobím se na sebe za některé myšlenky. 25. Zakazuji si mít pocity, které se mi nelíbí. 21. Myslím si, že některé mé pocity jsou špatné a neměl bych je mít. 5. Dělán věci, aniž bych přemýšlel o tom, co vlastně dělám. 10. Říkám si, že bych se neměl cítit tak, jak se cítím. 4. Ve škole chodím z třídy do třídy, aniž bych vnímal, co právě dělám. 16. Je pro mě těžké soustředit se v jednu chvíli jen na jednu věc.
Pozorování	22. Všimnu si, když se moje pocity začínají měnit. 6. Pozorně si všímám toho, na co myslím. 13. Všímám si svých myšlenek, jak přicházejí a odcházejí. 14. Když jím, vnímám, jaké to je žvýkat jídlo. 24. Všímám si, jak věci okolo mě voní. 1. Vnímám i drobné změny, které se dějí v mém těle. Například když se mi zpomaluje nebo zrychluje dech.
Neulpívání	11. Když se něco hezkého stane, nemůžu na to přestat myslet. 7. Snažím se myslet jen na věci, které mi dělají radost. 20. Přemýšlím o budoucnosti. 15. Odháním myšlenky, které se mi nelíbí.

Tabulka 9 – Dotazník CAMM-17 a jednotlivé faktory

CMM-17	Faktory		
	1	2	3
p5	,667		
p18	,657		
p25	,643		
p21	,598		
p10	,566		
p4	,482		
p16	,407		
p22		,750	
p6		,544	
p14		,459	
p1		,449	
p24		,414	
p13		,387	
p7			,627
p11			,548
p15			,427
p20			,408

Tabulka 10 – Faktorová struktura a zátěže položek

Faktor Neulpívání			
syndrom ADHD		Korekce položky - korelace	Cronbachovo alfa - bez položky
bez	p7	,497	,293
syndromu	p11	,330	,446
ADHD	p20	,149	,586
	p15	,318	,459
syndrom	p7	,398	,391
ADHD	p11	,189	,555
	p20	,304	,476
	p15	,395	,389

Faktor Uvědomělé jednání s přjetím			
syndrom ADHD		Korekce položky - korelace	Cronbachovo alfa - bez položky
bez	p5	,599	,719
syndromu	p25	,509	,736
ADHD	p18	,539	,730
	p21	,539	,731
	p10	,525	,733
	p4	,394	,763
	p16	,343	,769
syndrom	p5	,341	,609
ADHD	p25	,302	,623
	p18	,420	,584
	p21	,645	,515
	p10	,412	,587
	p4	,232	,639
	p16	,169	,663

Faktor Pozorování			
syndrom ADHD		Korekce položky - korelace	Cronbachovo alfa - bez položky
bez	p1	,333	,643
syndromu	p6	,430	,614
ADHD	p13	,318	,654
	p14	,418	,614
	p22	,555	,560
	p24	,342	,641
syndrom	p1	,572	,677
ADHD	p6	,400	,721
	p13	,527	,685
	p14	,438	,711
	p22	,382	,726
	p24	,538	,681

Tabulka 11–13 – Položková analýza jednotlivých faktorů

20.4. Zjišťování psychického zdraví dítěte

Za účelem provedení studie bylo třeba správně rozlišit vzorek dětí se syndromem ADHD a intaktních dětí. Zároveň mě zajímaly i další informace týkající se zdraví dítěte, abych vyřadila ze vzorku respondenty s diagnózou, která by mohla ovlivnit porozumění dotazníku (mentální retardace, PAS, vývojová dysfázie apod.)

Vzhledem k tomu, že diagnostika ADHD je velmi komplexní a poměrně náročný proces, který musí provést odborník (psycholog, psychiatr), rozhodla jsem se v tomto výzkumu při zjišťování ADHD vycházet z reference rodičů či učitelů. Před samotným testováním byl spolu s Informovaným souhlasem (Příloha 3), poslán rodičům na běžné základní škole a gymnáziu (Příloha č 2), případně učitelům (Příloha 4) na škole pro žáky se specifickými poruchami chování dotazník, který zjišťoval, zda byla někdy dítěti diagnostikována porucha pozornosti a aktivity/ syndrom ADHD (ADHD, ADD, hyperaktivita/ impulzivita či LMD a jiné poruchy

pozornosti). V případě základní školy pro žáky s poruchami učení, jejichž rodiče dávají souhlas s účastí na výzkumných studiích již na začátku roku, jsem získala informace o diagnózách na základě poradenských zpráv a psychologických vyšetření, které mají žáci uvedené ve svých složkách. Dotazník, kromě otázek na diagnózu ADHD zjišťoval i jiné poruchy (specifické poruchy učení, jiné psychické poruchy – poruchy autistického spektra, emoční poruchy, poruchy chování atd.), dále věk, třídu a průměrnou známku z matematiky a českého jazyka.

20.5. Metody sběru dat

Pro získání respondentů jsem úspěšně oslovila jednu běžnou základní školu (ZŠ Na Slovance), základní školu pro žáky se specifickými poruchami pozornosti a chování (ZŠ Na Zlíchově) a základní školu logopedickou (ZŠ logopedická) v Praze a základní školu pro děti s poruchami učení (ZŠ Zdeňka Matějčka) v Mostě. Dalšími oslovenými školami a institucemi, kde se však spolupráce nakonec nerealizovala, byla například ZŠ Mochovská, ZŠ Don Bosco, ZŠ při psychiatrické léčebně Bohnice, ZŠ U Obory (Uhřetěves), ZŠ Polná (Vysočina), Občanské sdružení Ještěrka, Asociace Dospělých pro Hyperaktivní Děti (Asociace ADHD) o. s., Karlínské centrum pro školáky atd.

Školy byly osloveny emailovou cestou, případně telefonicky. Kontaktovaný zástupce školy (ředitel/ka či zástupce/kyně dostal/a informace o tom, čeho se výzkum týká, jak staré respondenty pro výzkum sháníme a jak se bude sběr dat realizovat. Elektronicky jsem zástupci školy zaslala Dotazník pro rodiče či učitele (Příloha 3; Příloha 4) spolu s informovaným souhlasem pro rodiče (Příloha 3). Dotazníky a souhlasy školy samy vytiskly a žákům je předal přímo třídní učitel na základě zaslaných instrukcí a informací. Podepsané souhlasy vraceli žáci třídnímu učiteli, který je v obálce předal mně.

Samotné testování žáků, které jsem realizovala osobně, proběhlo během vyučování buď v celých třídách, nebo ve skupinách, které tvořili žáci z různých tříd. Spolu s vyplněním 25 položek papírového dotazníku byli žáci požádáni, aby připojili datum narození, třídu a iniciály, případně křestní jméno a první písmeno příjmení (za účelem spárování informací z dotazníku pro rodiče/učitele). V případě, že neporozumí nějaké položce, se mohli doptat. Taková situace nastala asi ve 3 případech, kde si žák nebyl jistý, ale v zásadě chápal položku správně. V nižších ročnících speciálních škol byly položky postupně nahlas přečteny, aby žáci s oslabeným čtením a horším soustředěním mohli věty lépe vnímat, zodpovědět jednu položku po druhé, případně se doptat. Dotazníky byly spolu s informovanými souhlasy

a dotazníky pro rodiče/učitele uloženy do obálky a odevzdány examinátorovi. Za vyplnění dotazníku dostaly děti jako poděkování barevné obrázky, samolepky či bonbóny.

21. ZPRACOVÁNÍ DAT

Sběr dat probíhal od ledna do května 2013. Pro zpracování dat jsem využila statistický program IBM SPSS Statistics 19 a MS Excel 2007. Na základě dotazníku, který zjišťoval psychické zdraví dítěte jsem vytvořila následující kategorie. **Tučně vyznačené jsou kategorie, které budeme porovnávat s komplementárním intaktním vzorkem:**

- 1) ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), ADD (porucha pozornosti); **H/I** (hyperaktivita/ impulzivita jako samotná diagnóza nebo v rámci ADHD); LMD a jiné (starší názvy pro diagnózy odpovídající poruchám pozornosti a aktivity); **syndrom ADHD**, který zahrnuje všechny předchozí kategorie (ADHD, ADD, H/I, LMD a jiné; **porucha pozornosti**, která zahrnuje kategorii ADHD a ADD.
- 2) Dyslexie; dysgrafie; dysortografie; dyskalkulie; **DYS** (poruchy učení – zahrnuje všechny předchozí kategorie); jiné SPU (jiné poruchy učení, znaky DYS vývoje, oslabení smyslových funkcí, poruchy vnímání ap.).
- 3) AU (autismus); AS (Aspergerův syndrom); PCH (poruchy chování); SPCHE (specifické poruchy chování a emocí); EP (emoční poruchy); Jiné (další poruchy psychického či fyzického zdraví); **Jiné poruchy** (zahrnuje přechodí kategorie).

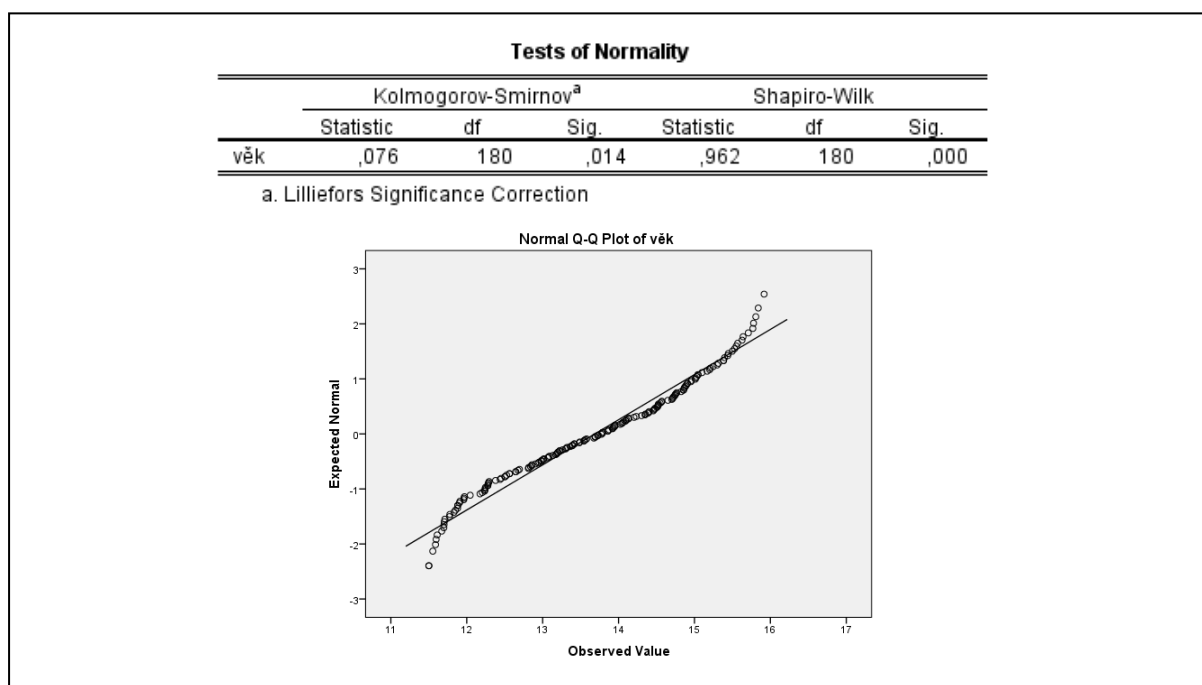
Nejprve jsem spárovala dotazníky pro rodiče a učitele s dotazníky konkrétních respondentů. Respondentům byla přidělena čísla od 1 do 250, data byla zpracována anonymně, zakódována a přepsána ručně. Kontrolu dat jsem provedla ověřením shodnosti papírových a elektronických dat u několika náhodně vybraných respondentů.

V první fázi jsem testovala normální rozdělení proměnných, abych vybrala vhodný test pro dané rozložení. Pro zjištění vztahu mezi proměnnými jsem provedla korelaci za použití korelačního koeficientu Spearmanovo ρ . K testování hypotéz, tedy porovnání skupin z hlediska dosažených skóre jsem využila Mann-Whitneyho U test. Hladinu významnosti jsem pro všechny testy stanovila na 0,05.

22. ANALÝZA VÝSLEDKŮ

22.1. Testování normálního rozložení

Testování normálního rozdělení pomocí Kolmogorov-Smirnovova testu a Shapiro-Wilkova testu z hlediska proměnné syndrom ADHD (Tabulka 14) uvádím zda. Pro další skupiny uvádím v příloze zvlášť tabulky (Příloha 5) a grafy (Příloha 5). Testy ukázaly signifikantní hodnoty u některých podskupin, takže věk ani skóry všech faktorů a celkový hrubý skór dotazníku (*HS CAMM-17*) nemají normální rozdělení. Z grafů (Příloha 5) ale vyplývá, že v případě skóre jednotlivých faktorů není porušení příliš velké, nicméně pro větší robustnost výsledků použiji Mann-Whitneyho U test a pro porovnání jednotlivých proměnných s věkem vzhledem k rozložení věku (Obrázek 3) Spearmanovo ρ .



Obrázek 3 – Tabulka a graf testování normálního rozložení věku. Testy nepotvrdily normální rozložení.

		Tests of Normality					
	syndrom ADHD	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Uvědomělé jednání s přijetím	bez syndromu ADHD	,135	99	,000	,967	99	,015
	syndrom ADHD	,080	81	,200*	,982	81	,293
Pozorování	bez syndromu ADHD	,093	99	,034	,982	99	,199
	syndrom ADHD	,079	81	,200*	,972	81	,073
Neulpívání	bez syndromu ADHD	,119	99	,002	,973	99	,037
	syndrom ADHD	,133	81	,001	,962	81	,018
HS CAMM-17	bez syndromu ADHD	,092	99	,039	,986	99	,403
	syndrom ADHD	,106	81	,026	,971	81	,059

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabulka 14 – Testování normálního rozložení dle proměnné syndrom ADHD. Testy nepotvrdily normální rozložení.

22.2. Korelace mezi proměnnými

Dále jsem zjišťovala, zda koreluje věk s celkovým hrubým skórem a s hrubými skóry jednotlivých faktorů. Z tabulky (Tabulka 15), která ukazuje korelace věku a proměnných u celého vzorku, vyplývá, že proměnné spolu nekorelují.

Korelace							
		věk	čj	mat	Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání
věk	Korelační koeficient Sig. (2- tailed)	1,000	,153 [*] ,044	,198 ^{**} ,009	-,055 ,465	,131 ,079	,009 ,900
čj	Korelační koeficient Sig. (2- tailed)	,153 [*] ,044	1,000	,631 ^{**} ,000	-,060 ,431	-,088 ,247	,011 ,887
mat	Korelační koeficient Sig. (2- tailed)	,198 ^{**} ,009	,631 ^{**} ,000	1,000	-,114 ,138	-,051 ,505	-,010 ,894
Uvědomělé jednání s přijetím	Korelační koeficient Sig. (2- tailed)	-,055 ,465	-,060 ,431	-,114 ,138	1,000	-,251 ^{**} ,001	,334 ^{**} ,000
Pozorování	Korelační koeficient Sig. (2- tailed)	,131 ,079	-,088 ,247	-,051 ,505	-,251 ^{**} ,001	1,000	-,292 ^{**} ,000
Neulpívání	Korelační koeficient Sig. (2- tailed)	,009 ,900	,011 ,887	-,010 ,894	,334 ^{**} ,000	-,292 ^{**} ,000	1,000

Tabulka 15 – Korelace jednotlivých proměnných. Žádné signifikantní korelace se neobjevily.

Pokud se ale podívám zvlášť na vzorek se syndromem ADHD a bez syndromu ADHD, najdeme u skupiny se syndromem ADHD velmi mírnou korelaci věku s hrubým skórem (HS CAMM-17) ($\rho = 0,2$). Sledovala jsem, zda hrubé skóry korelují se známkami v daných předmětech a ukázalo se, že u intaktního vzorku známka z češtiny mírně koreluje ($\rho = 0,22$) se škálou *Pozorování* a známka z matematiky se škálou *Uvědomělé jednání s přijetím* ($\rho = 0,25$), jak je možné vidět v další tabulce (Tabulka 16).

			Korelace						
			17	věk	čj	mat	jednání s	Pozorování	Neulpívání
bez syndromu ADHD	HS CAMM-17	Correlatio Sig. (2-	1,000	-,034 ,737	-,190 ,061	-,228 ,024	,764** ,000	,382** ,000	,514** ,000
	věk	Correlatio Sig. (2-	-,034 ,737	1,000	,132 ,193	,264** ,009	-,067 ,507	,042 ,680	-,027 ,792
	čj	Correlatio Sig. (2-	-,190 ,061	,132 ,193	1,000	,506** ,000	-,129 ,206	-,242* ,016	,088 ,389
	mat	Correlatio Sig. (2-	-,228* ,024	,264** ,009	,506** ,000	1,000	-,139 ,173	-,181 ,074	-,030 ,768
	Uvědomělé jednání s přijetím	Correlatio Sig. (2-tailed)	,764** ,000	-,067 ,507	-,129 ,206	-,139 ,173	1,000	-,103 ,309	,284** ,004
	Pozorování	Correlatio Sig. (2-	,382** ,000	,042 ,680	-,242* ,016	-,181 ,074	-,103 ,309	1,000	-,157 ,121
	Neulpívání	Correlatio Sig. (2-	,514** ,000	-,027 ,792	,088 ,389	-,030 ,768	,284** ,004	-,157 ,121	1,000
syndrom ADHD	HS CAMM-17	Correlatio Sig. (2-	1,000	,223 ,046	-,029 ,806	-,044 ,711	,673** ,000	,246* ,027	,438** ,000
	věk	Correlatio Sig. (2-	,223 ,046	1,000	,272* ,017	,185 ,115	-,024 ,833	,215 ,054	,067 ,551
	čj	Correlatio Sig. (2-	-,029 ,806	,272* ,017	1,000	,505** ,000	,036 ,756	-,054 ,643	,095 ,414
	mat	Correlatio Sig. (2-	-,044 ,711	,185 ,115	,505** ,000	1,000	-,099 ,400	,029 ,805	,100 ,396
	Uvědomělé jednání s přijetím	Correlatio Sig. (2-tailed)	,673** ,000	-,024 ,833	,036 ,756	-,099 ,400	1,000	-,404** ,000	,393** ,000
	Pozorování	Correlatio Sig. (2-	,246* ,027	,215 ,054	-,054 ,643	,029 ,805	-,404** ,000	1,000	-,450** ,000
	Neulpívání	Correlatio Sig. (2-	,438** ,000	,067 ,551	,095 ,414	,100 ,396	,393** ,000	-,450** ,000	1,000
* . Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,05									
** . Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01									

Tabulka 16 – Korelace proměnných u skupiny se syndromem ADHD a skupiny intaktní. U skupiny s poruchou se objevila mírná korelace věku s HS CAM-17.

22.3. Porovnání různých skupin ve výzkumném vzorku

V rámci testování hypotéz jsem porovnávala hrubé skóry různých skupin respondentů. Zajímalo mě:

1. srovnání dětí se syndromem ADHD a bez syndromu ADHD
2. srovnání dětí s poruchou pozornosti a bez ní
3. srovnání dětí hyperaktivních/impulzivních se vzorkem dětí které H/I nejsou
4. srovnání dětí s poruchami učení (DYS) a bez nich
5. srovnání dětí s jinými poruchami a bez jiných poruch
6. srovnání chlapců a dívek
7. srovnání mladších a starších dětí se syndromem ADHD; dětí s poruchami učení; dětí s jinými poruchami a dívek a chlapců

22.3.1. Porovnání z hlediska syndromu ADHD

Porovnání skupin se syndromem a bez syndromu ADHD pomocí Mann-Whitneyho U testu je vidět v tabulkách níže (Tabulka 17). Výstup neprokázal signifikanci, celkový *HS CAMM-17* ani faktory *Uvědomělé jednání s přijetím* a *Pozorování* se na hladině významnosti 0,05 nijak neliší u vzorku se syndromem ADHD a bez něj. Faktor *Neulpívání* se však lehce blíží signifikantní hodnotě ($p = 0,076$). Nulovou hypotézu H_{10} nemohu zamítnout. **Všimavost dětí se syndromem ADHD a bez syndromu ADHD se neliší.**

Deskriptivní statistika						
syndrom ADHD		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
bez syndromu ADHD	Uvědomělé jednání s přijetím	99	6,00	27,00	17,7273	5,02609
	Pozorování	99	3,00	23,00	11,0707	3,88417
	Neulpívání	99	,00	13,00	6,1515	2,65101
	HS CAMM-17	99	18,00	53,00	34,9495	6,87998
	Valid N (listwise)	99				
syndrom ADHD	Uvědomělé jednání s přijetím	81	2,00	27,00	17,3580	5,15342
	Pozorování	81	2,00	24,00	11,8765	5,31362
	Neulpívání	81	,00	14,00	5,4568	3,18217
	HS CAMM-17	81	21,00	47,00	34,6914	6,03664
	Valid N (listwise)	81				

Test Statistics ^a				
	Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
Mann-Whitney U	3804,000	3600,000	3397,000	3922,000
Wilcoxon W	7125,000	8550,000	6718,000	7243,000
Z	-,592	-1,180	-1,772	-,252
Asymp. Sig. (2-tailed)	,554	,238	,076	,801

a. Porovnání skupin podle proměnné: syndrom ADHD

Tabulka 17 – Deskriptivní statistika a Man-Whitneyho test pro porovnání skupiny syndrom ADHD a bez něj

22.3.2. Porovnání z hlediska poruchy pozornosti

Výsledky provedeného Mann-Whitneyho U testu pro srovnání skupin s poruchou pozornosti a bez ní je možno vidět v tabulce (Tabulka 18). Výstupy z obou testů neprokázaly na hladině významnosti 0,05 signifikantní rozdíl a obě skupiny se tudíž nijak signifikantně neliší z hlediska faktorů ani celkového hrubého skóru. Nulovou hypotézu H_{20} nezamítám. **Všimavost dětí s poruchou pozornosti (ADHD či ADD) a intaktních dětí se neliší.**

Deskriptivní statistika						
porucha pozornosti		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
bez poruchy pozornosti	Uvědomělé jednání s přijetím	112	6,00	27,00	17,6786	4,93053
	Pozorování	112	3,00	23,00	11,2589	4,13019
	Neulpívání	112	,00	13,00	6,0000	2,67117
	HS CAMM-17	112	18,00	53,00	34,9375	6,99714
	Valid N (listwise)	112				
s poruchou pozornosti (ADHD nebo ADD)	Uvědomělé jednání s přijetím	68	2,00	27,00	17,3676	5,33058
	Pozorování	68	2,00	24,00	11,7206	5,27411
	Neulpívání	68	,00	14,00	5,5735	3,27959
	HS CAMM-17	68	21,00	47,00	34,6618	5,62407
	Valid N (listwise)	68				

Test Statistics ^a				
	Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
Mann-Whitney U	3645,500	3626,000	3414,000	3637,500
Wilcoxon W	5991,500	9954,000	5760,000	5983,500
Z	-,480	-,538	-1,170	-,504
Asymp. Sig. (2-tailed)	,631	,590	,242	,614

a. Porovnání skupin podle proměnné: porucha pozornosti

Tabulka 18 – Man-Whitneyho test pro porovnání skupiny s poruchou pozornosti a bez ní

22.3.3 Porovnání dětí hyperaktivních/impulzivních a dětí bez H/I

Porovnání skupiny hyperaktivních/ impulzivních s dětmi, které nejsou hyperaktivní/impulzivní pomocí Mann-Whitneyho U testu neukázalo na hladině významnosti 0,05 signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami ani v jednotlivých faktorech, ani v celkovém hrubém skóru (Tabulka 19; Tabulka 20). Průměrné hodnoty obou skupin se však ze všech porovnávaných subkategorií ADHD liší nejvíce a to ve faktoru Uvědomělé jednání s přijetím (0,058) a Neulpívání (0,089). Nulovou hypotézu H_{30} však nemohu zamítnout. **Všímavost dětí hyperaktivních/ impulzivních a intaktních se neliší.**

Descriptive Statistics						
H/I		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
bez H/I	HS CAMM-17	126	18,00	53,00	35,2540	6,86316
	Uvědomělé jednání s přijetím	126	6,00	27,00	18,0397	4,90942
	Pozorování	126	3,00	23,00	11,1587	4,19030
	Neulpívání	126	,00	14,00	6,0556	2,72853
	Valid N (listwise)	126				
H/I	HS CAMM-17	54	21,00	43,00	33,8519	5,48551
	Uvědomělé jednání s přijetím	54	2,00	26,00	16,4444	5,31522
	Pozorování	54	2,00	24,00	12,0741	5,38990
	Neulpívání	54	,00	14,00	5,3333	3,27944
	Valid N (listwise)	54				

Tabulka 19 – Deskriptivní statistika pro porovnání skupiny s poruchou pozornosti a bez ní

Test Statistics ^a				
	Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
Mann-Whitney U	2795,500	3057,500	2860,000	2905,500
Wilcoxon W	4280,500	11058,500	4345,000	4390,500
Z	-1,897	-1,078	-1,702	-1,553
Asymp. Sig. (2-tailed)	,058	,281	,089	,121

a. Porovnání skupin podle proměnné: H/I

Tabulka 20 – Mann-Whitneyho test pro porovnání skupiny s poruchou pozornosti a bez ní

22.3.4. Porovnání dětí s poruchami učení a bez nich

Mann-Whitneyův U test neprokázal na hladině významnosti 0,05 žádný statisticky významný rozdíl mezi celkovým hrubým skórem ($p = 0,297$) a jednotlivými faktory skupiny dětí s poruchami učení a bez těchto poruch (Tabulka 21). Nulovou hypotézu H_{50} nezamítám.

Všimavost u dětí s jinými poruchami a u intaktních dětí se neliší.

Descriptive Statistics						
DYS		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
bez DYS	HS CAMM-17	95	18,00	53,00	34,3368	6,93988
	Uvědomělé jednání s přijetím	95	2,00	27,00	17,2526	5,13430
	Pozorování	95	3,00	23,00	11,1158	3,95147
	Neulpívání	95	,00	13,00	5,9684	2,61116
	Valid N (listwise)	95				
DYS	HS CAMM-17	85	21,00	49,00	35,3882	5,95638
	Uvědomělé jednání s přijetím	85	7,00	27,00	17,9059	5,01100
	Pozorování	85	2,00	24,00	11,7882	5,20781
	Neulpívání	85	,00	14,00	5,6941	3,22942
	Valid N (listwise)	85				

Test Statistics ^a				
	Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
Mann-Whitney U	3793,500	3670,500	3748,000	3674,500
Wilcoxon W	8353,500	8230,500	7403,000	8234,500
Z	-,701	-1,054	-,835	-1,042
Asymp. Sig. (2-tailed)	,484	,292	,404	,297

a. Porovnání skupin podle proměnné: DYS

Tabulka 21 – Deskriptivní statistika a Man-Whitneyho test pro porovnání skupin s poruchami učení a bez nich

22.3.5. Porovnání skupiny s jinými poruchami a intaktního vzorku

Skupina respondentů s jinými poruchami se na hladině významnosti 0,05 na základě provedeného Mann-Whitneyova testu nijak významně statisticky neliší v celkovém hrubém skóru ani jednotlivých faktorech (Tabulka 22). Nulovou hypotézu H_{40} nezamítám. Všimavost u dětí s jinými poruchami a u intaktních dětí se neliší.

Descriptive Statistics						
jiné poruchy		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
bez jiných poruch	HS CAMM-17	142	18,00	53,00	34,6901	6,68138
	Uvědomělé jednání s přijetím	142	2,00	27,00	17,4718	5,05669
	Pozorování	142	3,00	24,00	11,3028	4,57559
	Neulpívání	142	,00	14,00	5,9155	3,00942
	Valid N (listwise)	142				
jiné poruchy	HS CAMM-17	38	23,00	49,00	35,3684	5,80969
	Uvědomělé jednání s přijetím	38	7,00	26,00	17,8947	5,18725
	Pozorování	38	2,00	20,00	11,9211	4,65793
	Neulpívání	38	,00	10,00	5,5526	2,54364
	Valid N (listwise)	38				

Test Statistics ^a				
	Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
Mann-Whitney U	2509,000	2349,500	2529,500	2569,000
Wilcoxon W	12662,000	12502,500	3270,500	12722,000
Z	-,664	-1,225	-,594	-,453
Asymp. Sig. (2-tailed)	,507	,221	,552	,651

a. Porovnání skupin podle proměnné: jiné poruchy

Tabulka 22 – Deskriptivní statistika a Man-Whitneyho test pro porovnání skupin s jinými poruchami a bez nich

22.3.6. Porovnání chlapců a dívek

Porovnání obou skupin prostřednictvím Mann-Whitneyova testu je patrné v tabulce (Tabulka 23; Tabulka 24) a jak je vidět, že na hladině významnosti 0,05 hodnoty nedosahují signifikance. Nulovou hypotézu tedy nelze zamítnout, **takže předpoklad, že dívky budou mít rozdílné skóre oproti chlapcům, se nepotvrdil.**

Descriptive Statistics						
pohlaví		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
dívka	HS CAMM-17	87	18,00	49,00	34,6207	6,65118
	Uvědomělé jednání s přijetím	87	2,00	27,00	17,7701	5,38668
	Pozorování	87	3,00	24,00	11,3103	4,45471
	Neulpívání	87	,00	13,00	5,5402	2,55545
	Valid N (listwise)	87				
chlapec	HS CAMM-17	93	21,00	53,00	35,0323	6,38008
	Uvědomělé jednání s přijetím	93	6,00	26,00	17,3656	4,78172
	Pozorování	93	2,00	23,00	11,5484	4,72854
	Neulpívání	93	,00	14,00	6,1183	3,20275
	Valid N (listwise)	93				

Tabulka 23 – Deskriptivní statistika pro porovnání skupiny dívek a chlapců

Test Statistics ^a				
	Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
Mann-Whitney U	3793,000	3917,500	3690,500	3936,500
Wilcoxon W	8164,000	7745,500	7518,500	7764,500
Z	-,724	-,367	-1,022	-,313
Asymp. Sig. (2-tailed)	,469	,713	,307	,755

a. Porovnání skupin podle proměnné: pohlaví

Tabulka 24 – Man-Whitneyho test pro porovnání skupiny dívek a chlapců

22.3.7. Porovnání mladších a starších dětí

Vzhledem k tomu, že se u skupiny se syndromem ADHD objevila mírná korelace celkového *HS CAMM-17* s věkem, zajímalo mě, zda se budou nějak lišit průměrné hodnoty mladších dětí a starších se syndromem ADHD. Cut point jsem stanovila na průměrnou hodnotu věku 13,60 let. Nejprve jsem porovnála starší a mladší děti v celém vzorku. Výsledky Man-Whitneyho U testu uvádím v tabulce (Tabulka 25).

Žádný faktor ani celkový skóre se u obou skupin nelišil signifikantně významně. Faktor Pozorování dosáhl téměř signifikantní hodnoty, ale **předpoklad, že mladší a starší děti se budou z hlediska všímavosti lišit, se nepotvrdil.**

Descriptive Statistics						
věkové pásmo		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mladší	HS CAMM-17	84	22,00	53,00	34,1667	6,35275
	Uvědomělé jednání s přijetím	84	2,00	27,00	17,5952	5,26438
	Pozorování	84	2,00	24,00	10,7619	4,84114
	Neulpívání	84	,00	14,00	5,8095	3,07918
	Valid N (listwise)	84				
starší	HS CAMM-17	96	18,00	49,00	35,4167	6,59931
	Uvědomělé jednání s přijetím	96	6,00	27,00	17,5312	4,92673
	Pozorování	96	3,00	23,00	12,0208	4,29192
	Neulpívání	96	,00	14,00	5,8646	2,77818
	Valid N (listwise)	96				

Test Statistics ^a				
	Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
Mann-Whitney U	3957,000	3361,000	3980,000	3446,500
Wilcoxon W	8613,000	6931,000	7550,000	7016,500
Z	-,215	-1,929	-,150	-1,682
Asymp. Sig. (2-tailed)	,829	,054	,881	,093

a. Porovnání skupin podle proměnné: věkové pásmo

Tabulka 25 – Deskriptivní statistika a Man-Whitneyho test pro porovnání skupin s mladších a starších dětí celkem

22.3.7.1. Mladší a starší děti se syndromem ADHD

Dále jsem sledovala, zda se liší průměrné hodnoty mladších dětí a starších se syndromem ADHD (Tabulka 26). Hodnota p je nižší než 0,05 ($p = 0,24$), což znamená, že na hladině významnosti 0,05 jsou průměrné hodnoty celkového hrubého skóru dotazníku CAMM-17 u skupiny mladších a starších dětí se syndromem ADHD signifikantně rozdílné. **Mladšími a staršími dětmi se syndromem ADHD v našem souboru se z hlediska všímavosti liší.**

Descriptive Statistics						
věkové pásmo		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mladší	Uvědomělé jednání s přijetím	39	2,00	26,00	16,9231	5,43567
	Pozorování	39	2,00	24,00	10,8974	5,95507
	Neulpívání	39	,00	14,00	5,4103	3,25025
	HS CAMM-17	39	23,00	42,00	33,2308	5,59352
	Valid N (listwise)	39				
starší	Uvědomělé jednání s přijetím	42	8,00	27,00	17,7619	4,90798
	Pozorování	42	4,00	22,00	12,7857	4,52384
	Neulpívání	42	,00	14,00	5,5000	3,15649
	HS CAMM-17	42	21,00	47,00	36,0476	6,18003
	Valid N (listwise)	42				

Test Statistics ^a					
syndrom ADHD		Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
bez syndromu ADHD	Mann-Whitney U	1115,000	1093,000	1210,000	1174,500
	Wilcoxon W	2600,000	2128,000	2245,000	2209,500
	Z	-,704	-,861	-,035	-,285
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,481	,389	,972	,776
syndrom ADHD	Mann-Whitney U	773,000	632,500	817,500	580,000
	Wilcoxon W	1553,000	1412,500	1597,500	1360,000
	Z	-,436	-1,768	-,014	-2,263
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,663	,077	,989	,024

a. Porovnání skupin podle proměnné: věkové pásmo

Tabulka 26 – Mann-Whitneyho test pro porovnání mladších a starších dětí se syndromem ADHD

22.3.7.2. Mladší a starší děti s poruchami učení

Vzhledem k tomu, že průměrné hodnoty celkového hrubého skóru mladších a starších dětí s ADHD se liší, rozhodla jsem porovnat i mladší a starší děti s poruchami učení a mladší a starších dětí s jinými poruchami. Kategorie dětí s poruchami učení a se syndromem ADHD se částečně překrývá (Tabulka 27). Velká většina dětí se syndromem ADHD má i některou z poruch učení.

		syndrom ADHD	
		bez syndromu ADHD	syndrom ADHD
		Count	Count
DYS	bez DYS	83	12
	DYS	16	69

Tabulka 27 – Rozložení dětí v kategorii syndrom ADHD a s poruchy učení

Na základě Mann-Whitneyho U testu se ukázalo, že průměrné hodnoty celkového hrubého skóru mladších a starších dětí s poruchami učení se na hladině významnosti 0,05 signifikantně liší ($p = 0,30$), průměrná hodnota celkového skóru u mladších je nižší (Tabulka 28). **Mezi mladšími a staršími dětmi s poruchami učení v našem vzorku existuje z hlediska míry všímavosti rozdíl.**

Descriptive Statistics						
věkové pásmo		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mladší	Uvědomělé jednání s přijetím	39	7,00	26,00	17,4103	4,99852
	Pozorování	39	2,00	24,00	10,7692	5,77409
	Neulpívání	39	,00	14,00	5,6667	3,45903
	HS CAMM-17	39	23,00	42,00	33,8462	5,86936
	Valid N (listwise)	39				
starší	Uvědomělé jednání s přijetím	46	8,00	27,00	18,3261	5,03788
	Pozorování	46	4,00	22,00	12,6522	4,56176
	Neulpívání	46	,00	14,00	5,7174	3,05987
	HS CAMM-17	46	21,00	49,00	36,6957	5,77300
	Valid N (listwise)	46				

Test Statistics ^a					
DYS		Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
bez DYS	Mann-Whitney U	998,000	991,000	1113,000	1075,000
	Wilcoxon W	2273,000	2026,000	2148,000	2110,000
	Z	-,949	-1,004	-,090	-,374
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,342	,316	,928	,709
DYS	Mann-Whitney U	821,500	701,000	887,500	652,000
	Wilcoxon W	1601,500	1481,000	1667,500	1432,000
	Z	-,667	-1,733	-,084	-2,166
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,505	,083	,933	,030

a. Porovnání skupin podle proměnné: věkové pásmo

Tabulka 28 – Man-Whitneyho test pro porovnání mladších a starších dětí s poruchami učení

22.3.7.3. Mladší a starší děti s jinými poruchami

Descriptive Statistics						
věkové pásmo		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mladší	Uvědomělé jednání s přijetím	23	7,00	26,00	18,2174	5,10754
	Pozorování	23	2,00	20,00	10,9130	4,86091
	Neulpívání	23	,00	10,00	5,8261	2,83889
	HS CAMM-17	23	23,00	42,00	34,9565	5,06753
	Valid N (listwise)	23				
starší	Uvědomělé jednání s přijetím	15	8,00	24,00	17,4000	5,44846
	Pozorování	15	4,00	19,00	13,4667	3,99762
	Neulpívání	15	2,00	9,00	5,1333	2,03072
	HS CAMM-17	15	25,00	49,00	36,0000	6,93851
	Valid N (listwise)	15				

Tabulka 29 – Deskriptivní statistika pro skupinu jiných poruch rozdělená dle věku

U jiných poruch mají oba vzorky (starší i mladší) nedostatečný počet respondentů (Tabulka 29). Rozdíl průměrných hodnot nedosáhl statisticky významné hodnoty, takže

v rámci vzorku s jinými poruchami se skupina mladších dětí od skupiny starších dětí na hladině významnosti 0,05 významně neliší (Tabulka 30). **Všímavost mladších a starších dětí s jinými poruchami v našem vzorku se neliší.**

Test Statistics ^a					
		Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
jiné poruchy bez jiných poruch	Mann-Whitney U	2458,000	2077,500	2371,500	2057,000
	Wilcoxon W	4349,000	3968,500	4262,500	3948,000
	Z	-,052	-1,624	-,410	-1,707
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,959	,104	,681	,088
jiné poruchy	Mann-Whitney U	160,000	122,500	144,500	157,000
	Wilcoxon W	280,000	398,500	264,500	433,000
	Z	-,374	-1,503	-,845	-,464
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,708	,133	,398	,643
	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,723 ^b	,137 ^b	,408 ^b	,658 ^b

a. Porovnání skupin podle proměnné: věkové pásmo
b. Not corrected for ties.

Tabulka 30 – Mann-Whitneyho test pro porovnání mladších a starších dětí s jinými poruchami

22.3.7.3. Mladší a starší dívky a chlapci

Mann-Whitneyho U test ukázal při porovnání mladších a starších dívek a chlapců, že průměrné hodnoty mladších a starších chlapců se u faktoru *Pozorování* statisticky významně liší na hladině významnosti 0,05 ($p = 0,33$)(Tabulka 31). **Mezi mladšími a staršími chlapci v našem vzorku existuje rozdíl v míře všímavosti z hlediska faktoru *Pozorování*.**

Descriptive Statistics						
věkové pásmo		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mladší	Uvědomělé jednání s přijetím	29	7,00	26,00	17,2759	5,13320
	Pozorování	29	2,00	23,00	10,0345	5,48037
	Neulpívání	29	,00	14,00	5,9655	3,13372
	HS CAMM-17	29	23,00	42,00	33,2759	5,81191
	Valid N (listwise)	29				
starší	Uvědomělé jednání s přijetím	29	9,00	26,00	17,6552	4,98767
	Pozorování	29	4,00	22,00	13,3793	4,10064
	Neulpívání	29	,00	14,00	5,5172	3,37661
	HS CAMM-17	29	21,00	47,00	36,5517	5,74199
	Valid N (listwise)	29				

Test Statistics ^a					
		Uvědomělé jednání s přijetím	Pozorování	Neulpívání	HS CAMM-17
pohlaví dívka	Mann-Whitney U	821,500	829,000	855,000	839,000
	Wilcoxon W	2252,500	1424,000	1450,000	1434,000
	Z	-,693	-,629	-,404	-,540
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,488	,530	,686	,589
chlapec	Mann-Whitney U	1048,000	799,000	1067,000	826,000
	Wilcoxon W	2323,000	2074,000	2342,000	2101,000
	Z	-,209	-2,133	-,062	-1,923
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,835	,033	,951	,054

a. Porovnání skupin podle proměnné: věkové pásmo

Tabulka 31 – Mann-Whitneyho test pro porovnání mladších a starších dívek a chlapců a deskriptivní hodnoty

23. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUSE

Korelační analýza provedené na celém vzorku, která sledovala vztah mezi věkem a skóry v jednotlivých faktorech i celkovém hrubém skóru dotazníku, nepotvrdila žádnou korelaci. V našem vzorku tedy nebyl potvrzen vztah mezi věkem a skóry všímavosti, což je ve shodě i s jinými zahraničními výzkumy všímavosti u dětí a dospívajících (Miners, 2007). V české populaci však tuto korelaci mezi věkem a skóry v dotazníku všímavosti dospělých referuje Žitník (2010) i Porkertová (2011). Nicméně u vzorku dětí se syndromem ADHD celkový hrubý skór s věkem mírně koreloval, což by mohlo naznačovat, že všímavost u jedinců se syndromem ADHD se s věkem zvyšuje. Korelace je nicméně velmi nízká a pro podporu podrobnější interpretace nedostačující. Zjištění mě nicméně přivedlo k myšlence porovnat všímavost mladších a starších dětí se syndromem ADHD. K tomuto srovnání se ještě vrátím později.

Mírná korelace se ukázala i u intaktního vzorku mezi známkou z matematiky a škálou *Uvědomělé jednání s přijetím*, což by mohlo odrážet jejich překrytí v potřebě určité míry koncentrace a pozornosti. Znamka z češtiny zase mírně korelovala se škálou *Pozorování*. Školní známky však mohou odrážet mnoho jiných vlivů než jen intelektové schopnosti v daných oblastech, a proto se domnívám, že není možné z této korelace, která je i velmi mírná, vyvozovat nějaké závěry.

Porovnávání různých skupin v rámci výzkumného vzorku, rozlišených podle diagnóz, nevyvrátilo žádnou z nulových hypotéz. Mým hlavním cílem bylo především zjistit, zda se všímavost liší mezi jedinci se syndromem ADHD a bez něj, ale neukázalo se, že by se tyto skupiny v mém výzkumném vzorku z hlediska míry všímavosti nějak lišily. Rozdíl v míře všímavosti není v tomto výzkumném souboru ani mezi dětmi s poruchou pozornosti a bez ní. Odlišné skóry všímavosti u dospělých s ADHD oproti zdravému vzorku referuje například Smalleyová et al. (2009), která uvádí, že jedinci s ADHD se v dotazníku posuzovali jako méně všímaví oproti kontrolní skupině bez ADHD. Studie u dětí s ADHD se většinou zaměřují na srovnání všímavosti před a po intervenci (Van der Oord et al., 2012), ale srovnání dětí s ADHD s intaktním vzorkem chybí. V současné době se tedy tato otázka nabízí jako další cesta výzkumu všímavosti a jejího vlivu na populaci s ADHD.

Nevýznamně větší rozdíl se v kategoriích poruch pozornosti a aktivity objevil v porovnání hyperaktivních a impulzivních dětí se skupinou, která tuto diagnózu nemá, a to ve skórech faktoru *Uvědomělé jednání s přijetím* a o něco menší rozdíl u *Neulpívání*. Přestože nejde o významný rozdíl, i tak je zajímavé, že je to u faktorů, které souvisí s uvědomováním si

vlastního chování, pozorností k tomu, co se právě děje a přijímáním vlastních pocitů. Právě tyto oblasti závisí na exekutivních funkcích (Flook et al., 2010), které u dětí s ADHD selhávají (Loo et al., 2007) a toto oslabení vede k nedostatečné inhibici impulsů. V tomto ohledu se zdají být velmi přínosné právě programy založené na všímavosti, které opakovaně zapojují, a tím i posilují, exekutivní funkce a pomáhají tak dětem i dospělým s ADHD rozvíjet schopnost seberegulace (Zylowska et al., 2009).

Tento výzkum nenašel z hlediska míry všímavosti statisticky významný rozdíl mezi skupinou dětí s poruchami učení a bez nich. Současné přehledové studie (Meiklejohn et al., 2012) popisují některé výzkumy, které sledovaly účinku programu založeného na všímavosti i u dětí s poruchami učení či oslabením ve čtení (Semple et al., 2010). Lépe prozkoumat míru všímavosti u těchto dětí a možnosti práce s nimi cestou rozvoje všímavého uvědomění by mohlo být cílem budoucích výzkumů.

Podle (de Bruin et al., 2011) dosahují dospívající s chronickými poruchami (nejčastěji astma, bolesti hlavy, migrény atd.) nižších skóre všímavosti v dotazníku MAAS i CAMM (de Bruin et al., 2011). Provedená metoda nevedla v případě tohoto výzkumu k zamítnutí hypotézy o rozdílu míry všímavosti u dětí s jinými poruchami a bez nich. V mém vzorku jiných poruch se ovšem mísily velmi různé diagnózy, případně symptomy a pro lepší ověření této hypotézy by bylo třeba získat větší a heterogennější vzorek.

Cunhová a Paivová (2012) zkoumaly úzkost u adolescentů a porovnávaly dívky a chlapce z hlediska různých charakteristik, mimo jiné i z hlediska všímavosti. V této studii vykazovaly dospívající dívky nižší míru všímavosti než chlapci (Cunha, & Paive, 2012). Předpoklad, že podobné výsledky by mohl ukázat i tento výzkum se nepotvrdil, míra všímavosti se mezi chlapci a dívkami neliší. Podobná zjištění, že ženy a muži se z hlediska všímavosti neliší, uvádí i oba předchozí výzkumy všímavosti u dospělých v českém prostředí (Žitník, 2010; Porkertová, 2011). K tomu, abych mohla lépe prozkoumat, zda se dívky a chlapci z hlediska všímavosti nějak liší, bylo by jistě vhodnější sledovat větší vzorek zdravých jedinců.

Vzhledem k tomu, že se objevila mírná korelace hrubého skóre s věkem u dětí se syndromem ADHD, rozhodla jsem se porovnat jednotlivé skupiny výzkumného vzorku i z hlediska věku. Porovnání starších a mladších v celém vzorku žádný signifikantní vztah neukázalo. Statisticky významný rozdíl se však objevil mezi skupinou mladších a starších dětí se syndromem ADHD a u dětí s poruchami učení u celkového skóre a v porovnání starších a mladších chlapců u faktoru *Pozorování*. Domnívám se, že velký vliv na to, že signifikantní nález se objevil u těchto tří skupin, vyplývá především z toho, že se částečně překrývají.

Většina dětí se syndromem ADHD má i poruchy učení a ve vzorku starších chlapců je i větší podíl těch, kteří mají ADHD. Zjištění by nicméně mohlo naznačovat, že mladší chlapci se syndromem ADHD a s poruchami učení mají nižší míru všímavosti proti starším, a že se tedy všímavost u nich do určité míry může měnit s věkem. To by mohlo souviset také s opožděnějším vývojem kognitivních funkcí u těchto dětí (Shaw et al., 2007). Zahraniční literatura, vzhledem k tomu, že nepopisuje zkoumání rozdílů v míře všímavosti u dětí s ADHD a intaktních, o tomto vztahu nehovoří. Bylo by tedy velmi zajímavé, pokusit se toto zjištění lépe a podrobněji prozkoumat u většího vzorku dětí a sledovat, která proměnná hraje významnější roli. Cut point jsem zvolila na základě průměrného věku v tomto vzorku. V dalším zkoumání by bylo v každém případě vhodné zaměřit se i na širší věkové rozpětí než mezi 11,5 a 15,9 lety.

Významný faktor, který by mohl tento výsledek ovlivnit je také schopnost porozumění, která patří mezi oslabené kognitivní funkce u dětí ADHD (Zylowska et al., 2009) a její vývoj se u dětí s ADHD, kde se tyto funkce vyvíjejí opožděně (Shaw et al., 2007), může od zdravých lišit. Vliv neporozumění jsem se pokusila eliminovat již v pilotní fázi tohoto výzkumu. Prostřednictvím rozhovorů s dětmi jsem zjišťovala, od jakého věku je pro ně dotazník vhodný. Přestože autoři metody CAMM (Greco et al., 2011) uvádí, že dotazník je srozumitelný již pro děti od 9 let, na základě pilotních rozhovorů jsem zjistila, že zadávat dotazník mladším dětem než od 11,5 let (odpovídá 6. třídě) může znamenat velké riziko, že děti položkám porozumí jinak. Mladší děti sice vypovídaly, že dotazníku rozumí, nicméně většina z nich nedokázala dobře vysvětlit položky, které se týkaly pocitů. Pocity popisovaly jen ve smyslu fyzických pocitků (teplo, zima). Větší rozlišení pocitů dokázala většina dětí verbalizovat až od 11 let. Přestože jsem se rozhodla stanovit věkovou hranici pro to, kdy děti dotazníku rozumí, vzhledem k tomu, že rozdíly mezi dětmi stejného věku mohou být velmi výrazné, nelze vyloučit, že některé děti položkám rozuměly jinak, a o to spíše děti s poruchou ADHD a poruchami učení. Tuto hypotézu částečně potvrzují i rozdílné korelace položek se skóry faktorů a celkového hrubého skóru, které se mírně liší mezi skupinami zdravých, intaktních a se syndromem ADHD, a promítly se i do faktorové analýzy při vývoji dotazníku pro tento výzkum.

Pilotní fáze zkoumání ukázala, že kvantitativní zjišťování všímavosti u dětí se významně odvíjí od schopností verbalizovat vlastní pocity, a já se domnívám, že další výzkumy v této oblasti měly soustředit na oba tyto aspekty. V tomto poznání se velmi pěkně odráží i současná snaha odborníků hledat nové metody pro měření všímavosti (Grossman, 2008; Ciarrochi et al., 2011). Nejen u dětí, ale i u některých dospělých je v případě dotazníkových metod

trochu riziko spoléhat pouze na sebezpozování vycházející z výroků, které nemusí všichni chápat stejně nebo jim rozumět. Vliv může mít i snaha působit lépe či stylizovat se. Nicméně všímavost je velmi komplexní pojem, který není jednoduché zachytit sebezpozováním (Ciarrochi et al., 2011) a kritika dotazníkových metod vede v současné době k jedné z nejaktuálnějších otázek ve výzkumu všímavosti (Benda, 2013), hledání nových způsobů zjišťování míry všímavosti. Alternativou by mohly být například výkonové testy (Bishop et al., 2004), posouzení verbálního projevu a komunikace daného člověka vnějšími posuzovateli (Klein et al., 1969) či rozhovor (Teasdale et al., 2002) atd.

Omezením v tomto výzkumu, stejně jako v ostatních výzkumech všímavosti, je tedy už samotné využití sebezpozujících škál pro sledování míry všímavosti. Použitá metoda *Škála všímavosti pro děti a dospívající* byla vyvinuta na základě stejného postupu jako dotazník *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (Greco et al., 2011), faktorová analýza provedená na zdravém vzorku ovšem vyšla rozdílně. Důvodem může být menší vzorek respondentů nebo i odlišný věk dětí. Grecová a kolegové (2011) pracovali s mladšími dětmi a je možné, že mladší děti rozuměly položkám jinak, a proto se nepotvrdily původní škály a mnoho položek bylo vyřazeno. V české verzi dotazníku, který má položek více, jsou tři faktory, ze kterých jeden odpovídá původní škále, a ostatní dva zbylé dvě škály kombinují. Přestože má tato verze poměrně robustní faktorové řešení, vzhledem k heterogennímu a nereprezentativnímu složení výzkumného vzorku, by bylo vhodné pro ověření této faktorové analýzy, podoby a validity dotazníku získat data od většího a reprezentativnějšího vzorku zdravých dětí.

Další slabinou mého výzkumu je rozlišení dětí z hlediska diagnóz a intaktnosti. Vzhledem k tomu, že stanovení diagnózy ADHD je velmi komplexní proces, který vyžaduje psychologické vyšetření a především odbornost a zkušenost psychologa (Ptáček, 2007a), bylo by v tomto ohledu velmi obtížné zařadit diagnostiku ADHD v rámci výzkumu. Proto jsem se rozhodla zjišťovat diagnózu zprostředkovaně od rodičů, učitelů, případně z psychologických zpráv, které měla k dispozici škola. Samotný dotazník obsahoval otázky z několika kategorií, které mohly do jisté míry omezovat odpověď. Zavádějící je také nejednotné pojmosloví v českém prostředí (syndrom ADHD, hyperkinetická porucha, LMD atd.), kterému často nemusí rodiče nebo učitelé rozumět. Z psychologických zpráv je možné vyčíst, že diagnostika se v průběhu vývoje mění a vzorek dětí se syndromem ADHD, tak mohl zachytit některé děti, které poruchu nemají a v intaktním vzorku mohou být někteří, které syndrom ADHD mají. Projevy ADHD se pohybují na určitém kontinuu a pokud odhlédneme od diagnostických kritérií, za určitých okolností se může jako jedinec s ADHD chovat každý

(Mertin, 2004), takže nejistota přesného rozlišení obou skupin už vychází ze samotné podstaty diagnózy ADHD.

Jedním z aspektů, které tento výzkum nezohledňoval, je medikace u dětí se syndromem ADHD. V dotazníku jsem se ptala jen na péči psychologa, ale ne na to, zda dítě bere nějaká psychofarmaka. Tento faktor by možná mohl ovlivňovat výsledky, takže by v podobných výzkumech všímavosti u těchto dětí měla být informace o medikaci zahrnuta.

Vzhledem k tomu, že výzkumný vzorek nesplňoval kritérium reprezentativity a jistá omezení jsou i na straně využití metody a posouzení diagnóz, je třeba být v interpretaci a zobecňování výsledků mimo tento výzkumný vzorek opatrný.

Další výzkumy by se mohly zaměřit především na vývoj validní a reliabilní metody pro měření všímavosti u dětí v českém prostředí, na vztah této komponenty k dalším proměnným jako je věk, duševní pohoda, exekutivní funkce, emoční prožívání atd. Tyto poznatky by mohly pomoci v hledání nefarmakologických alternativ v léčbě ADHD i pro vytváření prevenčních programů na školách.

Přehled zahraniční literatury v teoretické části mé práce ukazuje, že programy založené na všímavosti jsou jednou z možných a vhodných způsobů jak pomáhat dětem s ADHD překonat některé dopady jejich poruchy na každodenní život. S ohledem na tyto poznatky a na výsledky vlastního výzkumu provedeného v rámci této práce jsem se pokusila připravit návrh programu, který by využíval a rozvíjel všímavost u dětí s ADHD.

23.1. Návrh programu pro rozvíjení všímavosti u dětí s ADHD

Na základě současných poznatků a zkušeností s využitím všímavosti v práci s psychiatricky nemocnými dětmi u nás (Němcová, 2002) a s dětmi s ADHD v zahraničí (Zylowska et al. 2008; Zylowska et al. 2009; van de Weijer-Bergsma et al., 2012; Van der Oord et al., 2012) bych zda ráda navrhla program, který by bylo možné realizovat s dětmi s ADHD u nás.

Mým cílem není představit konkrétní a jasně definovaný program, ale dovolím si uvést důležité aspekty, které je třeba vzít v úvahu, pokud chceme rozvíjet všímavost u dětí s ADHD a navrhnout základní charakteristiky programu a důležité body, které by měl zahrnovat. Jako inspirace nám může sloužit program MAPs pro dospělé a dospívající s ADHD (Zylowska et al. 2008). Ráda bych se však zaměřila i na mladší děti než od 15 let, takže se pokusím zohlednit tento věkový rozdíl.

Na základě výzkumných rozhovorů s dětmi v rámci testování srozumitelnosti dotazníku jsem si uvědomila, že schopnost popisovat vlastní emoce a vyjadřovat se o nich se odvíjí zejména od věku dítěte, ale i u stejně starých dětí mohou být velké individuální rozdíly, které mohou vycházet nejen ze zralosti dítěte, ale i z prostředí ve kterém se pohybuje. Domnívám se, že rozvíjení všímavosti u dětí mladších jedenácti let musí probíhat jinou formou, než jak může vypadat u starších dětí. Na možné rozdíly mezi staršími a mladšími dětmi s ADHD z hlediska všímavosti poukázal i tento výzkum. V tomto návrhu programu se zaměřím na děti od 11 let, pro které by se dala využít (například pro sledování všímavosti před a po provedení programu) Škála všímavosti a uvědomění pro děti a dospívající (CAMM-17), kterou jsem použila v rámci výzkumu v této práci.

Program by se měl zaměřovat na posílení pozornosti a schopnosti soustředění, na zklidnění dětí a rozvíjení různých strategií zvládnání stresu a napětí. Měl by vést k rozvoji seberegulace emocí a chování skrze nácvik otevřeného, nehodnotícího a přijímajícího přístupu k vlastnímu prožívání. Jak vyplývá z tohoto výzkumu, na posilování uvědomělého jednání a neulpívání v myšlenkách by měl být kladen důraz zejména u dětí hyperaktivních a impulzivních. Program by měl přes lepší kontakt s vlastním tělem i okolím směřovat k posílení sebevědomí a duševní pohody. S přihlédnutím k těmto cílům by měl zahrnovat formální (prvky meditace všímavosti) i neformální techniky (všímavá chůze, všímavé přijímání potravy, všímavé uvědomování skrze smysly atd.) přizpůsobené věku a intelektuální úrovni dětí nejlépe formou her, výtvarných a dramatických technik (Greenland, 2010b; Willard, 2010; Hooker & Fodor, 2008). Součástí technik by měla být vhodně zvolená a dostatečná reflexe (Němcová, 2002). Doporučila bych zahrnout i určité rituály, které využili například v satiterapeutickém programu pro děti v léčebně ve Velké Bíteši (Němcová, 2002), kde sloužily k přechodům do/z chráněného terapeutického prostoru (viz. Němcová, 2002). Další zajímavou možností, kterou popisuje Němcová (2002) je zařadit v některém setkání techniku „Dělejte si, co chcete, vezměte si, co chcete“, která může poskytnout zajímavou zkušenost, a pokud je dostatečně reflektovaná, i dobrou zpětnou vazbu dětem samotným.

Program pro děti s ADHD by měl ve srovnání s programy pro zdravé děti či dospělé zahrnovat **základní psychoedukaci** o symptomech a původu nemoci (s přihlédnutím k věku dětí), **sekvence meditace** chůzí nebo vsedě **kratší** než obvykle, **vizuální metody a pomůcky** k názornému vysvětlení konceptu všímavosti, prvky KBT a koučování (Zylowska et al., 2009). **Techniky** by měly být vysvětleny jasně a srozumitelně a měly by být co nejvíce **prožitkové a názorné**.

Program by mohl být rozvržen do 12 týdnů s jedním dvouhodinovým setkáním týdně pro skupinu zhruba 10 dětí. Vedení by měl zajišťovat člověk (případně dvojice muž a žena), který má sám všímavý přístup, odpovídající zkušenost s meditací všímavosti, prací s dětmi, konkrétně s dětmi s ADHD, a vedením skupiny, případně s koučováním či KBT. Pro děti tohoto věku je nesmírně důležité dobře uvést samotný koncept všímavosti i smysl a význam meditace a dokázat dobře pracovat s jejich motivací. Samotná setkání by měla zahrnovat zařazení technik s ohledem na postupné posilování pozornosti a všímavosti a jak doporučuje Hookerová a Fodorová (2008) začít od konkrétnější pozornosti k vnějšímu prostředí, přes techniky práce s tělem, přes nácvik pozornosti zaměřené dovnitř, k mysli, a až nakonec přejít k meditačním cvičením. Podle věkového a osobnostního složení skupiny je také možné zařadit domácí praxi, například krátké cvičení meditace vsedě či všímání dechu podle nahrávky apod. Na závěr uvádím návrh témat, kterých se mohou týkat jednotlivá setkání. Konkrétní podoba by však měla vycházet z aktuálních potřeb a očekávání dané skupiny.

Návrh témat pro jednotlivá setkání:

- I. Úvod, seznámení se, očekávání od programu atd., nastínění plánu a struktury*
- II. Psychoedukace o ADHD, důvody pro využití všímavosti*
- III. Demýtizace meditace, první cvičení všímavosti*
- IV. Všímavost k vnějšímu prostředí - uvědomění si předmětů,*
- V. Všímavost k vnějšímu prostředí - uvědomění si sebe sama v prostředí*
- VI. Všímání si vlastního těla skrze smysly*
- VII. Všímání si vlastního těla skrze pohyb*
- VIII. Všímání si vlastního těla skrze dech*
- IX. Všímavé uvědomění myšlenek*
- X. Všímavé uvědomění emocí*
- XI. Možnosti pro další rozvíjení všímavosti v každodenním životě*
- XII. Shrnutí, závěr a zhodnocení programu*

ZÁVĚR

Cílem této práce je především shrnout současné poznatky o všímavosti a jejím využití v klinické a školní praxi s dětmi a možnostech aplikace programů založených na všímavosti v léčbě a intervencích u dětí s ADHD. Provedený výzkum se zaměřuje na sledování míry všímavosti u dětí a srovnání populace dětí s poruchou a bez poruchy ADHD.

V teoretické části nejprve stručně představuji koncept všímavosti, jeho historické kořeny v kontextu buddhistické tradice i západní psychologie, definici a vztah všímavosti k pozornosti a uvědomění. Kapitoly o rozvíjení a vývojových aspektech všímavosti přibližují různé způsoby kultivace všímavosti cestou formální i neformální praxe a její dopady. Věnuji se i možnostem měření všímavosti a především kritice současných metod s přihlédnutím k alternativním přístupům. Stručně uvádím konkrétní terapeutické směry založené na všímavosti. Oblastí, která mě zajímala především, bylo využití všímavosti v práci s dětmi, o které se v české literatuře zatím píše jen okrajově. V této části jsem se pokusila vyzdvihnout specifika, která je třeba vzít v úvahu, pokud chceme rozvíjet všímavost u dětí, a představila programy založené na všímavosti pro děti a dospívající a přínos všímavosti v terapii dětí. Přestože využití všímavosti začalo na poli klinické praxe, dostala se i do škol a vyučování a v současnosti vzniká velké množství programů, které představuji v dalších kapitolách a uvádím stručné zhodnocení programů. Třetí oblast, která mě zajímala, bylo využití všímavosti v práci s dětmi s ADHD. V poslední části teoretické práce tedy tuto poruchu definuji, stručně vysvětluji její projevy, prevalenci, etiologii, komorbidní onemocnění, některé současné poznatky neurologických výzkumů a základní diagnostické postupy. Vzhledem k tomu, že možností v léčbě ADHD je dnes více než jen užívání psychofarmak, vybrala jsem některé příklady nefarmakologických přístupů, které se dají u této populace aplikovat. V závěru této části přibližuji možnosti využití meditace a všímavosti v práci s dětmi s ADHD a uvádím některé zahraniční studie, které sledovaly účinky programů založených na všímavosti pro tyto děti.

V empirické části jsem se rozhodla poprvé v českých podmínkách sledovat míru všímavosti u dětí a zajímalo mě, zda se bude lišit míra všímavosti dětí se syndromem ADHD a bez něj. V zahraničí najdeme studie, které referují, že dospělí jedinci s ADHD se posuzují jako méně všímaví než zdraví jedinci. Za tímto účelem jsem přeložila Škálu všímavosti pro děti a dospívající a zadala ji dětem z běžných a speciálních škol. Výzkumný soubor tvořilo 180 dětí, z toho 55 % intaktních dětí a 45 % dětí se syndromem ADHD. Porovnání skupin za pomoci Mann-Whitneyova U testu neukázalo žádný statisticky významný rozdíl

v míře všímavosti mezi dětmi se syndromem ADHD a bez něj. Ke stejnému zjištění jsem dospěla i při srovnání dětí s poruchami pozornosti, hyperaktivních/impulzivních, s poruchami učení a jinými poruchami (poruchy chování, epilepsie, neurotické poruchy apod.) s komplementárními intaktními skupinami, podobně při srovnání dívek a chlapců. Celkový skór všech respondentů v dotazníku sice s věkem nesouvisel, ale ukázala se mírná věku a celkového hrubého skóru u skupiny dětí se syndromem ADHD. Mezi skupinou mladších a starších dětí s ADHD a také mladších a starších chlapců existuje statisticky významný rozdíl v míře všímavosti. V našem souboru dětí se syndromem ADHD a v souboru chlapců mají tedy mladší děti nižší míru všímavosti než starší.

Na základě zhodnocení programů založených na všímavosti pro děti a s ohledem na výsledky tohoto výzkumu navrhuji v závěru práce program pro rozvoj všímavosti u dětí s ADHD. Další studie zaměřené na metody měření všímavosti u českých dětí a prozkoumání vztahu mezi všímavostí a věkem či dalšími proměnnými by mohly být velmi užitečné zejména pro rozvoj dalších takových programů a intervencí, které se zdají být velmi dobře přijímanou a smysluplnou alternativou či doplňkem k psychofarmakologické léčbě dětí s ADHD i inspirací pro práci s dětmi a dospívajícími ve školách.

POUŽITÁ LITERATURA

- Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. (2013). *American Psychiatric Association DSM-5 Development*. Retrieved July 20, 2013 from <http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf>.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10(2), 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191–206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Beauchemin, J., Hutchins, T., & Paterson, F. (2008). Mindfulness meditation may less on anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary Health Practice Review*, 34, 34–45.
- Benda, J. (2006). Meditace, všímavosti a nové směry KBT. *Konfrontace – časopis pro psychoterapii*, 17(3), 132–135.
- Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51(2), 129–140.
- Benda, J. (2008). *Fenomenologická redukce a meditace satipatthána-vipassaná: písemná práce k atestu z filozofie pro neoborové studenty doktorského studia*. Retrieved March 1, 2013 from <http://www.jan-benda.com/cs/download.php>
- Benda, J. (2010). O meditaci, psychoterapii a psychospirituální krizi. In: Honzík, J. (Ed.), *Jednota v rozmanitosti: Současný buddhismus v České republice*. Praha: Dharmagaia. Retrieved January 26, 2012 from <http://www.psychoterapeut.net/downloads/benda2010b.pdf>.
- Benda, J. (2011) Přínos meditace pro psychoterapeuty: Rozvíjení terapeutových kvalit pozitivně ovlivňující výsledek psychoterapie, *Psychoterapie*, 5(1), 14–25.
- Benda, J. (2013). *Všímavost v psychoterapii: Aktuální otázky a směr budoucího výzkumu*. Prezentace ze 4. Mezinárodního psychoterapeutického sympozia v Brně. Retrieved July 15, 2013 from <http://www.slideshare.net/janbenda1/benda2013-vstavost-v-psychoterapii>.
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 193–209.

- Biegel, G. & Brown, K. (2010). Assessing the efficacy of an adapted in-class mindfulness-based training program for school-age children: a pilot study. *A Research Brief for Mindful Schools*. Retrieved January 11, 2013 from www.mindfulschools.org.
- Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L., & Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855–866.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230–241.
- Bluth, K. L. (2012). *Mindfulness and self-compassion: Exploring pathways to adolescent emotional well-being*. (Doctoral dissertation, Knoxville, University of Tennessee). Retrieved February 14, 2013 from http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1399
- Bodhi B. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism: Special Issue on Mindfulness*, 12(1), 19–39.
- Bootzin, R. R. & Stevens, S. J. (2005). Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clinical Psychology Review*, 25, 629–644.
- Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 104(27), 11483–11488.
- Broderick, P. C. (2013). *Learning to breathe*. Retrieved January 5, 2013 from <http://learning2breathe.org/>.
- Broderick, P. C. & Metz, S. (2009). Learning to BREATHE: A pilot trial of a mindfulness curriculum for adolescents. *Advances in School Mental Health Promotion*, 2(1), 35–46.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237.
- Brown, D. P., Twemlow, S., Engler, J., Maliszewski, M., & Staughtamer, J. (1978). The profile of meditation experience POME, Form II, Washington D.C.: Psychological Test Copyright.

- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., & Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: Validation of an Adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23(4), 1023.
- Burian, J. (2013). Všímavá výchova. *Právě teď*. Retrieved July 15, 2013 from http://praveted.info/vsimava_vychova.
- Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133–144.
- Bush, G., Valera, E. M., & Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Biological psychiatry*, 57(11), 1273–1284.
- Cahn, B. R. & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological bulletin*, 132(2), 180–211. *Psychological bulletin*, 132(2), 180.
- Carboni, J. A. (2012). *The impact of mindfulness training on hyperactive behaviors demonstrated by elementary age children with a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder* (Doctoral dissertation). Atlanta: College of Education, Georgia State University. Retrieved June 16, 2013 from http://digitalarchive.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1075&context=cps_diss.
- Ciarrochi, J. B. L. (2006). Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package Process measures of potential relevance to ACT. Wollongong: School of Psychology, University of Wollongong.
- Ciarrochi, J., Kashdan, T. B., Leeson, P., Heaven, P., & Jordan, C. (2011). On being aware and accepting: A one-year longitudinal study into adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 34(4), 695–703.
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2010). Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 203–217.
- Coyne, L. W. & Cheron, D. (2008). Assessment of Acceptance and Mindfulness Processes in Youth. In Greco, L. A. & Hayes, S. C. (Eds.). *Acceptance and mindfulness*

- treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (pp. 139–161). Oakland: New Harbinger.
- Cunha, M., & Paiva, M. J. (2012). Text Anxiety in Adolescents: The Role of Self-Criticism and Acceptance and Mindfulness Skills. *The Spanish journal of psychology*, 15(02), 533–543.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564–570.
- Davidson, R. J. & Lutz, A. (2008). Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation [In the Spotlight]. *Signal Processing Magazine, IEEE*, 25(1), 176–174.
- De Bruin, E. I., Zijlstra, B. J. H., van de Weijer-Bergsma, E., & Bögels, S. M. (2011). The Mindful Attention Awareness Scale for Adolescents (MAAS-A): Psychometric Properties in a Dutch Sample. *Mindfulness*, 2(3), 201–211.
- DiStefano, C., Zhu, M., & Mindrila, D. (2009). Understanding and using factor scores: Considerations for the applied researcher. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 14(20), 1–11.
- Dow, M. M. (2009). *Mindfulness in the experience of the therapist A constructivist grounded theory study of psychotherapists integrating mindfulness into psychotherapy* (Unpublished Doctoral dissertation). Colorado Sprigs: Colorado School of Professional Psychology, University of the Rockies.
- Dreyfus, G. (2011). Is mindfulness present-centred and non-judgmental? A discussion of the cognitive dimensions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 41–54.
- Drtílková, I. (2007). *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)* (2nd ed.). Praha: Galén.
- Drtílková, I., Hrdlička, M., & Paclt, I. (2006) Hyperkinetické poruchy u dětí. In: Raboch, J., Anders, M., Praško, J., & Hellerová, P. (Eds.), *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče II* (pp.141–149). Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.
- Engler, J. (1983). *Theravada Buddhist insight meditation and an object relations model of therapeutic-developmental change: a clinical case study of an ethnopsychiatric tradition* (Unpublished Doctoral dissertation) Chicago: University of Chicago.
- Engler, J. (1984). Transformations of Consciousness. *Journal of transpersonal Psychology*, 16(1), 25–61.

- Engler, J. (2003). Being somebody and being nobody: A reexamination of the understanding of self in psychoanalysis and Buddhism. In Safran, J. D, (Ed.), *Psychoanalysis and Buddhism: An unfolding dialogue*. (pp.35–86). Somerville: Wisdom.
- Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129–140.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. & A., Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313–1323.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177–190.
- Feuerstein, R. S., Feuerstein, R., & Falik, L. H. (2009) *The Feuerstein Instrumental Enrichment BASIC Program: User's guide*. Jerusalem: International Center for the Enhancement of Learning Potential.
- Fletcher, L. & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4), 315–336.
- Flook, L., Smalley, S. L., Kitil, M. J., Galla, B. M., Kaiser-Greenland, S., Locke, J., . . . Kasari, C. (2010). Effects of mindful awareness practices on executive functions in elementary school children. *Journal of Applied School Psychology*, 26(1), 70–95.
- Frýba, M. (1991). *Abhidhamma: základy meditativní psychoterapie a psychohygieny*. Praha: Stratos.
- Frýba, M. (1993). *Principy satiterapie*, Velká Bíteš: Atelier satiterapie.
- Frýba, M. (2003): *Umění žít šťastně: Buddhova Abhidhamma v praxi meditace a zvládání života*, Praha, Argo.
- Frýba, M. (2008). *Psychologie zvládání života: aplikace metody abhidhamma*. Boskovice: František Šalé – Albert.
- Gambrel, L. E. & Keeling, M. L. (2010). Relational aspects of mindfulness: Implications for the practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 32(4), 412–426.

- Germer, C. K. (2005a). Mindfulness: What is it? What does it matter? In: Germer, C. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (pp. 3–27). New York, NY, US: Guilford Press.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism: Special Issue on Mindfulness*, 12(1), 263–279.
- Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.
- Goodman, T. A. (2005). Working with children: Beginner's mind. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*, (pp. 197–219). New York: Guilford Press.
- Grabovac, A. D., Lau, M. A., & Willett, B. R. (2011). Mechanisms of mindfulness: A buddhist psychological model. *Mindfulness*, 2(3), 154–166.
- Greco A., Baer. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606–614.
- Greenland, S. K. (2010a). Mindfulness for children. *Insight Journal*, 33, 25–29. Retrieved January 11, 2013 from <http://cme.ucsd.edu/bridging/slides/Kaiser%20Greenland%20-%20Article.pdf>.
- Greenland, S. K. (2010b). *The mindful child*. New York: Free press.
- Greenland, S. K. (2013). *Inner kids*. Retrieved January 5, 2013 from <http://www.susankaisergreenland.com/inner-kids.html>.
- Grossman, P. (2008) On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 405–408.
- Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re) invention of mindfulness: Comment on Brown et al.(2011). *Psychological assessment*, 23(4), 1034–1040.
- Grossman, P. & Van Dam, N. (2011). Mindfulness by any other name...: Trials and tribulations of *satī* in western psychology and science. *Contemporary Buddhism: Special Issue on Mindfulness*. 12(1), 219–239.
- Grosswald, S. J., Stixrud, W. R., Travis, F., & Bateh, M. A. (2008). Use of the Transcendental Meditation technique to reduce symptoms of Attention Deficit Hyperactivity

- Disorder (ADHD) by reducing stress and anxiety: an exploratory study. *Current Issues in Education*, 10(2), 1–16.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65–75.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hájek, K. (2006). Práce s emocemi pro pomáhající profese: Tělesně zakotvené prožívání. Praha: Portál.
- Hájek, K. & Benda, J. (2008). Podmíněné vznikání: Cestou abhidhammy z bludného kruhu neurózy. *Psychoterapie*, 2 (3–4), 151–160. Retrieved July 10 2013 from www.jan-benda.com/.
- Harnett, P. H. & Dawe, S. (2012). The contribution of mindfulness-based therapies for children and families and proposed conceptual integration. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(4), 195–208.
- Harrison, L. J., Manocha, R., & Rubia, K. (2004). Sahaja yoga meditation as a family treatment programme for children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(4), 479–497.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes, S. C. & Greco, L. A. (2008). Acceptance and mindfulness for youth: It's time. In Greco, L. A. & Hayes, S. C. (Eds.). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (pp.: 3–13). Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hennelly, S. (2010). *The intermediate and sustained effects of mindfulness training in adolescence* (Master thesis). Oxford: Oxford Brookes University. Retrieved January 11, 2013 from <http://mindfulnessinschools.org/wp-content/uploads/2013/03/Immediate-and-sustained-effects-of-dot-b.pdf>.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559.

- Hooker, K. E. & Fodor, I. E. (2008). Teaching mindfulness to children. *Gestalt Review*, 12(1), 75–91.
- Houtkooper, S. M. (1997). *An exploratory study of the integration of Buddhism and psychoanalytic psychology* (Unpublished Doctoral dissertation). Cincinnati: Graduate School of the Union.
- Hrdlička, M. (2007). Postavení atomoxetinu v léčbě hyperkinetické poruchy u dětí a adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(5), 230–239.
- Huppert, F. A. & Johnson, D. M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools: The importance of practice for an impact on well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4), 264–274.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451–455.
- Chiesa, A., Serretti, A., & Jakobsen, J. C. (2012). Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clinical psychology review*, 33, 82–96.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham Jr, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1–27.
- Institute for Attention & Mindfulness (n. d.). *Institute for Attention & Mindfulness*. Retrieved December 1, 2012 from <http://aandacht.be/en/>.
- Joseph, J. (2009). ADHD and Genetics: A Consensus Reconsidered. In Timimi, S. & Leo, J. (Eds.). *Rethinking ADHD: From brain to culture*. (pp. 58- 91). New York: Palgrave Macmillan.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.

- Kašpárek, T. Theiner, P. Fiřová, A. (2013). Neurobiologie hyperkinetické poruchy pohledem zobrazovacích metod. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(2), 73 –80.
- Kinder Associates LLC. (2013). *Wellness works in schools™: Being and doing our healthy best*. Retrieved January 5, 2013 from <http://www.wellnessworksinschools.com/>
- Klein, M. H., Kiesler, D. J., & Coughlan, P. M. (1969). *The experiencing scale*. Wisconsin: Psychiatric Institute Madison.
- Koutný, J. (2010). *Vřímavost v psychoterapii Interpretativní fenomenologická analýza zkušenosti člověka v satiterapii* (Diplomová práce, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno). Retrieved December 1, 2012 from http://is.muni.cz/th/78780/fss_m/.
- Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie* (6th ed.). Praha: Portál.
- Krisanaprakornkit, T., Ngamjarus, C., Witoonchart, C., & Piyavhatkul, N. (2010). Meditation therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- Kuncová (2006). *KUPOZ: Program pro rozvoj pozornosti u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí*. Praha: Vydáno vlastním nákladem.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., . . . Devins, G. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1445–1467.
- Lau, N.-s. & Hue, M.-t. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*, 16(4), 315–330.
- Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D., & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 15–28.
- Leo, J. & Cohen, D. (2009). A Critical Review of ADHD Neuroimaging Research. In Timimi, S., & Leo, J. (Eds.). *Rethinking ADHD: from brain to culture*. (pp. 92-129). New York: Palgrave Macmillan.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Loo, S. K., Humphrey, L. A., Tapio, T., Moilanen, I. K., McGough, J. J., McCracken, . . . Smalley, S. L. (2007). Executive functioning among Finnish adolescents with

- attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1594–1604.
- Maiese, M. (2012). Rethinking attention deficit hyperactivity disorder. *Philosophical Psychology*, 25(6), 893-916.
- Malá, E. (2008). ADHD-symptomy a pohlaví. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(4), 172–179.
- Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, L., Griffin, M., Biegel, G., Roach, A. T, . . . Saltzman, A. (2012). Integrating mindfulness training into K-12 Education: Fostering the resilience of teachers and students. *Mindfulness*, 3(4), 291-307.
- Mendelson, T., Greenberg, M. T., Dariotis, J. K., Gould, L. F., Rhoades, B. L., & Leaf, P. J. (2010). Feasibility and preliminary outcomes of a school-based mindfulness intervention for urban youth. *Journal of abnormal child psychology*, 38(7), 985-994.
- Mertin, V. (2004). ADHD-pohled psychologa. *Pediatric pro praxi*, 58–61. Solen.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize - MKN-10: aktualizovaná verze k 1. 1. 2013*. (2013). Praha: ÚZIS. Retrieved May 27, 2013 from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- Michalová, Z. (2002). *HYPO (Cvičení pro děti předškolního věku a prvních tříd k posílení zrakové a sluchové paměti, koncentrace pozornosti a k částečnému rozvoji percepčně-kognitivních funkcí)*. Beroun: PPPP v Berouně.
- Mindfulness Programs in Schools*. (n.d.) Retrieved December 1, 2012 from <http://www.mindfulnessinstitute.ca/MindfulnessApplications/Education.aspx>.
- Mindful Schools (2013). *Mindful Schools: Integrating Mindfulness Into Education*. Retrieved January 5, 2013 from <http://www.mindfulschools.org/>.
- Mindfulness in Schools (2013). *Mindfulness in Schools Project*. Retrieved January 5, 2013 from <http://mindfulnessinschools.org>.
- The Hawn Foundation (2013). *MindUP™*. Retrieved January 5, 2013 from <http://thehawnfoundation.org/mindup/>.
- Milea, S. B. & Cozman, D. (2012). Comparative study of multimodal and pharmacological therapy in treating school aged children with ADHD. *Applied Medical Informatics*, 31(3), 55–63.
- Miller, A. L. (1999). Dialectical behavior therapy: a new treatment approach for suicidal adolescents. *American journal of psychotherapy*, 53(3), 413–417.

- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy With Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Miners, R. (2007). *Collected and connected: Mindfulness and the early adolescent* (Doctoral dissertation, Concordia University, Quebec, Canada). Retrieved July 17, 2013 from <http://spectrum.library.concordia.ca/975707/>.
- Moore, R. G., Hayhurst, H., & Teasdale, J. D. (1996). *Measure of awareness and coping in autobiographical memory: Instructions for administering and coding*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Cambridge.
- Moore, A. & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*, 18(1), 176–186.
- Munden, A., & Arcelus, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- Mynářová, J. (2013). Vzdělávací program MindUP™ pro zvyšování všímatosti, well-being a sociálních dovedností u dětí. *Všímatý koučink* [online]. Retrieved June 10, 2013 from <http://www.vsimavykoucink.cz/news/vzdelavaci-program-mindup-TM-pro-zvysovani-vsimavosti-well-being-a-socialnich-dovednosti-u-deti/>.
- Napoli, M., Krech, P., & Holley, L. (2005). Mindfulness training for elementary school students: The attention academy. *Journal of Applied School Psychology*, 21(1), 99–125.
- Němcová, M. (2002): *Úvod do satiterapie: Příručka ke kursu*. Praha, Atelier Satiterapie.
- Nyanaponika, T. (1995). *Jádro buddhistické meditace: Příručka pro výcvik mysli na základě Buddhovy cesty uvědomění: s antologií textů přeložených z pálijštiny a sanskrtu*. Praha: DharmaGaia.
- O'Brien, K. M., Larson, C. M., & Murrell, A. R. (2008). Third-wave behavior therapies for children and adolescents: Progress, challenges, and future directions. In Greco, L. A. & Hayes, S. C. (Eds.). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (pp. 15–35). Oakland: New Harbinger.
- Paclt, I. (2007a). Etiologie a biologické aspekty ADHD. In Paclt, I. (Eds.), *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (pp.25–42). Praha: Grada.
- Paclt, I. (2007b). Hyperkinetický syndrom: klinický obraz a diagnostika. In Paclt, I. (Eds.), *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (pp. 13–24). Praha: Grada.
- Paclt, I. (2007c). Hyperkinetický syndrom v dospělosti. In Paclt, I. (Eds.), *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (pp. 123–136). Praha: Grada.

- Paclt, I. (2007d). Psychoterapeutická a psychosociální intervence u ADHD/ hyperkinetické poruchy. In Paclt, I. (Eds.), *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (pp. 111–118). Praha: Grada.
- Paclt, I., Koudelová, A., Křepelová, A., Kopečková, M., Bauer, P., & Uhlíková, P. (2007). Biochemické markery a genetický výzkum ADHD. In Paclt, I. a kol., *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (pp. 43–58). Praha: Grada.
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942–948.
- Porkertová, M. (2011) *Všímavost u homosexuálně orientovaných osob* (Diplomová práce, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha). Retrieved October 11, 2012 from <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/90997/?lang=cs>.
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (Eds.). (2007). Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch. Praha/Kroměříž: Triton.
- Ptáček, R., Kuželová, H., Paclt, I., & Žukov, I. (2008). Vliv medikace na antropometrické charakteristiky dětí s ADHD. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(8), 415–419.
- Ptáček (2007a). Psychodiagnostika hyperkinetického syndromu (ADHD). In Paclt, I. a kol., *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (pp. 59-68). Praha: Grada.
- Ptáček (2007b). Problematika ADHD ve škole. In Paclt, I. a kol., *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (pp. 119-122). Praha: Grada.
- Ptáček (2011). Hodnocení exekutivních funkcí. Praha: Hogrefe-Testcentrum
- Root, R. W. & Resnick, R. J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology Research and Practice*, 34(1), 34–41.
- Saltzman, A., & Goldin, P. (2008). Mindfulness-based stress reduction for school-age children. In Greco, L. A. & Hayes, S. C. (Eds.), *Acceptance and mindfulness interventions for children adolescents and families* (pp. 139–161). Oakland: New Harbinger.
- Sangharakshita, B. (2008). *Anagarika Dharmapala: A Biographical Sketch* (4th ed.). Kandy: Buddhist Publication Society. Retrieved May 12, 2013 from <http://www.bps.lk/olib/wh/wh070-p.html>.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Semple, R. J., Lee, J., & Miller, L. F. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for children. In Baer, R. A. (Eds.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and applications* (pp. 143–166). Oxford: Elsevier.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218–229.
- Semple, R. J., Reid, E. F. G., & Miller, L. (2005). Treating Anxiety With Mindfulness: An Open Trial of Mindfulness Training for Anxious Children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379–392.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373–386.
- Shaver, P. R., Lavy, S., & Saron, C. (2007) Social Foundations of the Capacity for Mindfulness: An Attachment Perspective. *Psychological Inquiry*, 18(4), 264–271.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., . . . Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(49), 19649–19654.
- Sheinman, N. (2009). *Imagery and mindfulness skills with children - Summary of ten years experience in Israeli schools*. Retrieved December 1, 2012 from <http://www.academyforguidedimagery.com/annualconference/detailed/page116/page116.html>.
- Schoeberlein, D. & Koffler, T. (2005). *Garrison Institute report: Contemplation and education: a survey of programs using contemplative techniques in K-12 educational settings: a mapping report*. New York: Garrison Institute. Retrieved July 21, 2013 from http://www.garrisoninstitute.org/programs/Mapping_Report.pdf.
- Schonert-Reichl, K. A. & Hymel, S. (2007). Educating the heart as well as the mind social and emotional learning for school and life success. *Education Canada*, 47(2), 20–25.
- Schonert-Reichl, K. A. & Lawlor, M. S. (2010). The effects of a mindfulness-based education program on pre-and early adolescents' well-being and social and emotional competence. *Mindfulness*, 1(3), 137–151.

- Sibinga, E. M. S., Kerrigan, D., Stewart, M., Johnson, K., Magyari, T., & Ellen, J. M. (2011). Mindfulness-based stress reduction for urban youth. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(3), 213–218.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? In Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). New York: Springer.
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 957–964.
- Singh, N. N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S., & Adkins, A. D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 157–166.
- Smalley, S. L., Loo, S. K., Hale, T., Shrestha, A., McGough, J., Flook, L., & Reise, S. (2009). Mindfulness and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychology*, 65(10), 1087–1098.
- Stressed Teens. (2012). *Stressed Teens*. Retrieved January 5, 2013 from <http://www.stressedteens.com/>.
- Šerý, O., Štaiff, R., Didden, W. (2007). Neurobiologie hyperkinetické poruchy. *Souhrnná práce. Česká a slovenská psychiatrie*, 103(1), 28–46.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33(1), 25–39.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 275–287.
- The Inner Resilience Program- Tides Center (2013). *The Inner Resilience Program*. Retrieved January 5, 2013 from <http://www.innerresilience-tidescenter.org/>.
- The Mindwell Foundation (2011). About us: Kevin Hawkins. *Mindwell: Educational consultants for flourishing schools*. Retrieved January 5, 2013 from <http://www.mindwellfoundation.org/schools/>.
- The Still Quiet Place. (2010). *The Still Quiet Place*. Retrieved January 5, 2013 from <http://www.stillquietplace.com/>.
- Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), 148–150.

- Thompson, M. & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(3), 395–407.
- Van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies*, 21(1), 139–147.
- Verni, K. (2007). The potential impact of mindfulness meditation practices on identity development and psychological stability for adolescents. *New Jersey Psychologist*, 57(1), 24–27.
- Walach, H., Buchheld, N., Buittenmuller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness - The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543–1555.
- Wall, R. B. (2005). Tai chi and mindfulness-based stress reduction in a Boston public middle school. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 230–237.
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 775–787.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. (2005). Retrieved July 25, 2013 from <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-73-2005-sb-1>.
- Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. (2011). Retrieved July 17, 2012 from <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-147-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlasaka-c-73-2005-sb>.
- Willard, Ch. (2010). *Child's Mind: Mindfulness practices to help our children be more focused, calm and relaxed*. Berkeley: Parallax Press.
- Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha: Portál.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., . . . Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD a feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–746.

- Zylowska, L., Smalley, S. L., & Schwartz, J. M. (2009). Mindful Awareness and ADHD. In Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (pp. 319–338) New York: Springer.
- Žáčková, H. & Jucovičová, D. (2008). *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Relaxace nejen pro děti s ADHD*. Praha: D + H.
- Žitník, J. (2010). *Všíímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení* (Diplomová práce, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha). Retrieved May 2011, 2012 from <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100286/?lang=cs>.

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Diagnostická kritéria podle MKN 10 (2013) a DSM IV dle Malé (2008)

A) MKN 10

F90 – Hyperkinetické poruchy

Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušeny a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

Nepatří sem: *anxiózní poruchy (F41.–)*
 afektivní] poruchy nálady (F30–F39)
 pervazivní vývojové poruchy (F84.–)
 schizofrenie (F20.–)

F90. 0 Porucha aktivity a pozornosti

Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou

Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou

Nepatří sem: *hyperkinetická porucha s poruchou chování (F90.1)*

F90. 1 Hyperkinetická porucha chování

Hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování

F90. 8 Jiné hyperkinetické poruchy

F90. 9 Hyperkinetická porucha NS

Hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání NS

Hyperkinetický syndrom NS

B) Diagnostická kritéria DSM IV. pro ADHD dle Malé (2008)

- A) Šest nebo více symptomů nepozornosti trvajících nejméně šest měsíců takového stupně, že jsou maladaptivní a neodpovídající vývojové úrovni.

Nesoustředivost

1. soustředí se na okrajové detaily, pracuje ledabyle s chybami při školních úkolech, při práci a všech ostatních aktivitách
2. neudrží pozornost při úkolu nebo při hře
3. zdá se, že neslyší, když mluvíme přímo k němu
4. neposlouchá instrukce, dělá zbrklé, chybné závěry ve školních úkolech, nebo při běžných povinnostech (není to výraz opozičního chování, nebo chyba v porozumění instrukci)
5. neumí si naplánovat úkoly, pracovní i hravé aktivity
6. vyhýbá se, odmítá, nese nelibě angažování se v aktivitách, které vyžadují mentální úsilí (jako jsou školní a domácí práce)
7. často ztrácí potřebné pomůcky do školy, hračky, sportovní potřeby, atd.
8. okamžitě reaguje na zevní podněty
9. často zapomíná na denní aktivity, které má splnit
10. často si hraje s prsty na ruce nebo nohou nebo se vrtí na místě
11. často opouští své místo, pobíhá po třídě v době, kdy se očekává, že bude sedět
12. často pobíhá dokola nebo se houpe na židli v situacích, kdy je to nevhodné (adolescenti nebo dospělí mají subjektivní pocit velkého neklidu)
 - a) neumí si hrát, speciálně ve hrách, které vyžadují klid a ticho
 - b) stále je „jako na pochodu, jako popoháněn, jako rozjetý“
 - c) stále se ptá, stále mluví

Hyperaktivita

1. vyhrkne odpověď dříve, než byla dokončena otázka
2. nevydrží čekat, až má na něj přijít řada
3. přerušuje ostatní, vynucuje si pozornost (plete se do konverzace nebo hry)

Impulzivita

1. vyhrkne odpověď dříve, než byla dokončena otázka
2. nevydrží čekat, až má na něj přijít řada
3. přerušuje ostatní, vynucuje si pozornost (plete se do konverzace nebo hry)

B) Příznaky hyperaktivity, impulzivity nebo nepozornosti zapříčiňující poruchu funkce jsou přítomné před sedmým rokem věku.

C) Příznaky se vyskytují ve více prostředích (např. doma, při školní práci).

D) Musí být stanovena klinicky zřejmá porucha sociální, školní a pracovně profesionální funkce.

E) Symptomy nesplňují kritéria pervazivních vývojových poruch, schizofrenie a ostatních psychotických poruch.

Příloha 2 – Dotazník všímavosti a přijetí pro děti a dospívající – zmenšená verze

Dotazník všímavosti a přijetí (CAMM-25)

Jméno:

Datum narození:

Třída:

Instrukce

Rádi bychom se dozvěděli víc o tom, jak přemýšlíš, jak se cítíš a co děláš. **Přečti si pozorně každou větu.** Pak zakroužkuj to číslo, které nejlépe vyjadřuje, **jak často se ti stává to, co je ve větě napsáno.**

0 = nikdy – Nikdy se mi to nestává

1 = málokdy – Málokdy se mi to stává

2 = někdy – Někdy se mi to stává

3 = často – Často se mi to stává

4 = vždy – To se mi děje pořád

Otázky:	0 nikdy	1 málo kdy	2 někdy	3 často	4 vždy
1. Vnímám drobné změny, které se dějí v mém těle. Například když se mi zpomaluje nebo zrychluje dech.	0	1	2	3	4
2. Zlobím se na sebe, když mám pocity, které nedávají smysl.	0	1	2	3	4
3. Vnímám své svaly a všímám si, když jsou zatnuté nebo uvolněné.	0	1	2	3	4
4. Ve škole chodím z třídy do třídy, aniž bych vnímal/a, co právě dělám.	0	1	2	3	4
5. Dělám věci, aniž bych přemýšlel o tom, co vlastně dělám.	0	1	2	3	4
6. Pozorně si všímám toho, na co myslím.	0	1	2	3	4
7. Snažím se myslet jen na věci, které mi dělají radost.	0	1	2	3	4
8. Snažím se pořád něco dělat, abych si nemusel/a všímat svých myšlenek nebo pocitů.	0	1	2	3	4
9. Když něco dělám, soustředím se pouze na to, co dělám a na nic jiného.	0	1	2	3	4

Otázky:	0 nikdy	1 málo kdy	2 někdy	3 často	4 vždy
10. Říkám si, že bych se neměl/a cítit tak, jak se cítím.	0	1	2	3	4
11. Když se něco hezkého stane, nemůžu na to přestat myslet.	0	1	2	3	4
12. Když se sprchují nebo koupu, vnímám na svém těle pocity, které mi přináší kontakt s vodou.	0	1	2	3	4
13. Všímám si svých myšlenek, jak přicházejí a odcházejí.	0	1	2	3	4
14. Když jím, vnímám, jaké to je žvýkat jídlo.	0	1	2	3	4
15. Odháním myšlenky, které se mi nelíbí.	0	1	2	3	4
16. Je pro mě těžké soustředit se v jednu chvíli jen na jednu věc.	0	1	2	3	4
17. Přemýšlím o věcech, které se staly v minulosti, místo abych přemýšlel/a o věcech, které se dějí právě teď.	0	1	2	3	4
18. Zlobím se na sebe za některé myšlenky.	0	1	2	3	4
19. Dělán hodně věcí najednou.	0	1	2	3	4
20. Přemýšlím o budoucnosti.	0	1	2	3	4
21. Myslím si, že některé mé pocity jsou špatné a neměl/a bych je mít.	0	1	2	3	4
22. Všimnu si, když se moje pocity začínají měnit.	0	1	2	3	4
23. Věnuji velkou pozornost tomu, co se právě teď děje.	0	1	2	3	4
24. Všímám si, jak věci okolo mě voní.	0	1	2	3	4
25. Zakazuji si mít pocity, které se mi nelíbí.	0	1	2	3	4

Příloha 3 – Informace, informovaný souhlas a dotazník pro rodiče

Informace pro rodiče

Informace o studii

Studie „Koncept všímavosti a jeho využití v praxi s dětmi“ je realizována v rámci magisterského studia na katedře psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

V posledních letech se v psychologii objevuje nespočet výzkumných studií a článků, které se zaměřují na tzv. „mindfulness“, česky překládanou jako „všímavost“. Koncepty všímavosti, které vychází z tradice východního myšlení, nabízejí psychologům jasný a jednoduchý přístup využitelný v terapeutické i poradenské praxi.

V současnosti se rozšiřuje i pole uplatnění těchto přístupů u běžné populace a zejména v posledních letech přibývá množství programů, které se zaměřují na děti a adolescenty a přináší všímavost do školního prostředí, vzdělávacího procesu a výchovy. Tato koncepce také přináší zajímavé možnosti práce s dětmi s poruchami pozornosti a hyperaktivity (ADHD). Tato studie se zaměřuje na zmapování všímavosti u dětí v ČR a srovnání všímavosti u dětí s poruchou a bez poruchy ADHD.

Co pro děti představuje účast v projektu?

Účast v projektu je dobrovolná, podmíněná podpisem informovaného souhlasu zákonného zástupce. Účast dítěte v projektu můžete kdykoliv v průběhu jeho trvání bez udání důvodu zrušit.

Před samotným vyplněním dotazníku bych Vás ráda požádala, abyste ve formuláři níže vyplnili informace, které se týkají Vašeho dítěte. Vyhodnocení dat bude anonymní, křestní jméno a první písmeno příjmení je třeba vyplnit pro správné spárování informací z níže uvedeného dotazníku pro rodiče a z dotazníku dítěte.

Vaše dítě bude během školního vyučování požádáno o vyplnění dotazníku týkajícího se všímavosti. Vyplnění tohoto dotazníku by nemělo zabrat více než 20 minut.

Vyplněný dotazník odevzdejte prosím výzkumníkovi nebo učiteli společně s podepsaným „Informovaným souhlasem“.

V průběhu projektu i po jeho skončení se můžete s Vašimi dotazy obracet na níže uvedenou emailovou adresu:

kontaktní osoba: Zuzana Skokanová, studentka 6. ročníku oboru psychologie na FFUK,
email: zuzanaskokanova@seznam.cz

Za Vaši účast v projektu Vám velice děkuji
Zuzana Skokanová

Informovaný souhlas pro zákonného zástupce respondenta

Název studie: „Koncept všímavosti a jeho využití v praxi s dětmi“

Jméno dítěte (iniciály):

Datum narození:

Byl/a jsem podrobně informován/a o cíli studie, o jejích postupech a o tom, co se od mého dítěte očekává.

Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností a účast v ní je dobrovolná.

Porozuměl/a jsem tomu, že účast ve studii může respondent nebo jeho zákonný zástupce kdykoli přerušit nebo od ní odstoupit.

Při zařazení do studie budou osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím se zařazením mého dítěte do výzkumné studie.

Podpis zákonného zástupce: Datum:

Dotazník pro rodiče:

Je Vaše dítě v současnosti v péči psychologa či psychiatra? V případě, že ano, z jakých důvodů? (stručně)

ANO/NE

Mělo někdy Vaše dítě diagnostikovanou poruchu pozornosti a hyperaktivity (ADHD)? ANO/NE

- ☐ Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)
- ☐ Porucha pozornosti (ADD)
- ☐ Hyperaktivita/Impulzivita
- ☐ Jiné

Mělo někdy Vaše dítě diagnostikovanou poruchu učení? V případě, že ano, kterou? ANO/ NE

- ☐ Dyslexie
- ☐ Dysgrafie
- ☐ Dysortografie
- ☐ Dyskalkulie
- ☐ Jiné (vypište)

Mělo někdy Vaše dítě diagnostikovanou některou další poruchu? ANO/NE

- ☐ Autismus
- ☐ Aspergerův syndrom
- ☐ Poruchy chování
- ☐ Emoční poruchy
- ☐ Jiné

Jaké má Vaše dítě průměrné známky z těchto předmětů:

český jazyk: matematika:

Příloha 4 – Dotazník pro učitele

Datum narození žáka:

Je žák v současnosti v péči psychologa či psychiatra? V případě, že ano, z jakých důvodů?
(stručně)

Kterou z těchto poruch má žák diagnostikovanou?

- A) Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)**
- B) Porucha pozornosti (ADD)**
- C) Hyperaktivita/Impulzivita**
- D) Jiné**

Má žák diagnostikovanou poruchu učení? ANO/NE

- ☐ **Dyslexie**
- ☐ **Dysgrafie**
- ☐ **Dysortografie**
- ☐ **Dyskalkulie**
- ☐ **Jiné (vypište)**

Má žák diagnostikované ještě některé z těchto poruch (**jiné než ADHD**)? ANO/NE

- A) Autismus**
- B) Aspergerův syndrom**
- C) Poruchy chování**
- D) Smíšené poruchy chování a emocí**
- E) Emoční poruchy**
- F) Jiné**

Jaké má žák průměrné známky z těchto předmětů:

českého jazyka: matematiky:

Příloha 5 – Testy normálního rozložení – Tabulky pro všechny porovnávané skupiny a grafy pro skupinu syndrom ADHD vs. intaktní

Tabulky

Tabulka P1 – HS a skóry faktorů pro skupiny jiné poruchy/ bez jiných poruch

Tests of Normality							
	jiné poruchy	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Uvědomělé jednání s přijetím	bez jiných poruch	,098	142	,002	,980	142	,037
	jiné poruchy	,120	38	,183	,944	38	,056
Pozorování	bez jiných poruch	,090	142	,007	,973	142	,006
	jiné poruchy	,138	38	,064	,941	38	,044
Neulpívání	bez jiných poruch	,116	142	,000	,974	142	,009
	jiné poruchy	,177	38	,004	,953	38	,109
HS CAMM-17	bez jiných poruch	,086	142	,013	,985	142	,114
	jiné poruchy	,096	38	,200*	,982	38	,778

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabulka P2 – HS a skóry faktorů pro skupiny chlapci/ dívky

Tests of Normality							
	pohlaví	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Uvědomělé jednání s přijetím	chlapci	,086	93	,090	,978	93	,120
	dívky	,115	87	,007	,968	87	,032
Pozorování	chlapci	,075	93	,200*	,982	93	,247
	dívky	,081	87	,200*	,971	87	,045
Neulpívání	chlapci	,144	93	,000	,967	93	,020
	dívky	,130	87	,001	,977	87	,129
HS CAMM-17	chlapci	,094	93	,043	,978	93	,126
	dívky	,095	87	,051	,983	87	,300

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabulka P3 – HS a skóry faktorů pro skupiny s poruchami učení/ bez poruch učení

Tests of Normality							
	DYS	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Uvědomělé jednání s přijetím	bez DYS	,138	95	,000	,965	95	,013
	DYS	,075	85	,200*	,975	85	,104
Pozorování	bez DYS	,085	95	,084	,967	95	,018
	DYS	,085	85	,192	,973	85	,070
Neulpívání	bez DYS	,106	95	,011	,973	95	,049
	DYS	,124	85	,003	,963	85	,015
HS CAMM-17	bez DYS	,109	95	,008	,985	95	,342
	DYS	,089	85	,093	,979	85	,170

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabulka P4 – HS a skóry faktorů pro skupiny s poruchami učení/ bez poruch učení

Tests of Normality							
	porucha pozornosti	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Uvědomělé jednání s přijetím	bez poruchy pozornosti	,124	112	,000	,967	112	,007
	s poruchou pozornosti (ADHD nebo ADD)	,062	68	,200 [*]	,983	68	,501
Pozorování	bez poruchy pozornosti	,079	112	,086	,983	112	,152
	s poruchou pozornosti (ADHD nebo ADD)	,082	68	,200 [*]	,976	68	,211
Neulpívání	bez poruchy pozornosti	,107	112	,003	,975	112	,037
	s poruchou pozornosti (ADHD nebo ADD)	,125	68	,010	,962	68	,037
HS CAMM-17	bez poruchy pozornosti	,096	112	,013	,982	112	,140
	s poruchou pozornosti (ADHD nebo ADD)	,091	68	,200 [*]	,979	68	,310

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabulka P5 – HS a skóry faktorů pro skupiny hyperaktivní/impulzivní verzus nonH/I

Tests of Normality							
	H/I	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Uvědomělé jednání s přijetím	bez H/I	,117	126	,000	,970	126	,007
	H/I	,078	54	,200 [*]	,983	54	,615
Pozorování	bez H/I	,071	126	,200 [*]	,982	126	,099
	H/I	,098	54	,200 [*]	,974	54	,282
Neulpívání	bez H/I	,111	126	,001	,976	126	,023
	H/I	,158	54	,002	,960	54	,067
HS CAMM-17	bez H/I	,097	126	,006	,982	126	,097
	H/I	,087	54	,200 [*]	,973	54	,269

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Grafy

Následující grafy ukazují rozložení ve skupinách se syndromem ADHD (vpravo) a bez syndromu ADHD (vlevo). Nejprve pro faktor *Uvědomělé jednání s přijetím*, potom pro faktor *Pozorování*, dále *Neulpívání* a nakonec pro celkový hrubý skór *HS CAMM-17*.

